

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

Maria Celeste Gonçalves Campos

**Avaliação do internato médico em uma unidade de pronto atendimento, sob
a perspectiva dos alunos, para proposição de modelo curricular em
urgências clínicas ao colegiado do curso de Medicina da Faculdade de
Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUCSP**

MESTRADO PROFISSIONAL
EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

SOROCABA/SP

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE



Maria Celeste Gonçalves Campos

Avaliação do internato médico em uma unidade de pronto atendimento, sob a perspectiva dos alunos, para proposição de modelo curricular em urgências clínicas ao colegiado do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUCSP

MESTRADO PROFISSIONAL
EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

SOROCABA/SP

2013

Maria Celeste Gonçalves Campos

Avaliação do internato médico em uma unidade de pronto atendimento, sob a perspectiva dos alunos, para proposição de modelo curricular em urgências clínicas ao colegiado do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUCSP

Trabalho apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL no Programa Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba sob a orientação da Prof.^a Dra. Maria Helena Senger.

Área de concentração: Ensino e Avaliação na Saúde

SOROCABA/SP

2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Helena Senger

Prof. Dr. José Mauro da Silva Rodrigues

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

Prof. Dr. Marcelo Gil Cliquet

Suplente

Bibliotecário Responsável: Antonio Pedro de Melo Maricato CRB-8 / 6922
Biblioteca Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Júnior.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

C198 Campos, Maria Celeste Gonçalves
Avaliação do internato médico em uma unidade de pronto atendimento, sob a perspectiva dos alunos, para proposição de modelo curricular em urgências clínicas ao colegiado do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUCSP / Maria Celeste Gonçalves Campos. -- Sorocaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Maria Helena Senger.
Dissertação (Mestrado Profissional) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Educação Médica. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Competência Clínica. 4. Aprendizagem. I. Senger, Maria Helena. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

*"Tudo tem o seu tempo determinado, e há
tempo para todo o propósito debaixo do céu".
Eclesiastes 3,1.*

Dedico este trabalho a minha mãe, Bernadete, que, com muito trabalho e sabedoria conseguiu criar seus sete filhos. Ensinou-nos a perseverar em nossos objetivos e a acreditar que Deus sempre está ao nosso lado. Apoiou-me na minha escolha profissional e sempre desejou que eu me tornasse professora universitária. É uma dádiva poder realizar esse seu sonho e meu também.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, prof^a Maria Helena Senger, por acreditar no meu projeto e por me fazer entender o que é “aprender a aprender” o que me permitiu encontrar meus caminhos e atingir meus objetivos; pelos bons exemplos e ensinamentos, importantes não só para a construção do trabalho como também para minha vida pessoal e profissional; pela amizade e cuidado em todos os momentos dessa longa e feliz trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e por permitir esse momento.

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo que me acolheu, primeiro como residente e, agora, como professora do internato e aluna do Mestrado.

As minhas filhas Amanda e Alana, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que estive ausente.

Ao meu esposo, Moysés, pelo companheirismo e ajuda na formatação do trabalho.

Ao eterno mestre, Dr. Hudson Hubner França, minha referência, pelo apoio e bons conselhos.

À professora Sonia Ferrari Peron, por ter me incentivado a ingressar na vida acadêmica.

Aos professores que participaram da banca de qualificação, Valdes Roberto Bollela e José Mauro da Silva Rodrigues, pelas sugestões que contribuíram para a qualidade do meu trabalho.

Aos professores do Mestrado Profissional da PUC-SP, pela dedicação e valiosos ensinamentos.

Aos colegas de turma pelos momentos inesquecíveis que passamos juntos.

À Heloisa pela incansável disposição em ajudar.

À Cristina pelo auxílio na montagem das referências e formatação do trabalho.

À equipe médica e de enfermagem e também aos funcionários da administração da UPH da Zona Oeste de Sorocaba, pelo bom convívio.

Aos pacientes que precisaram dos nossos cuidados, propiciando o aprendizado dos alunos.

Aos alunos da 56ª e 57ª turmas da FCMS pela participação na pesquisa.

À Mirian, amiga de todas as horas, principalmente nas mais difíceis.

A todos os amigos, familiares, alunos e colegas de trabalho, que não foram citados nominalmente, mas que foram importantes nessa etapa da minha vida.

RESUMO

Campos MCG. Avaliação do internato médico em uma unidade de pronto atendimento, sob a perspectiva dos alunos, para proposição de modelo curricular em urgências clínicas ao colegiado do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba – PUCSP.

Introdução: O curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da PUC-SP de Sorocaba passou por mudanças em seu modelo curricular, motivadas por vários fatores. Alguns podem ser remetidos à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) chegando até às Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN). Conforme recomendado pelas diretrizes, ocorreu, a partir de 2006, uma ampliação dos cenários da prática, o que resultou na inserção do aluno no nível secundário de atenção às urgências, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A UPA ocupa papel importante na Rede de Atenção às Urgências, instituída pelo governo Federal em julho de 2011. A Rede foi criada com o objetivo de qualificar o atendimento ao cidadão brasileiro em situação de urgência, em todas as portas de entrada do SUS, enfatizando a prevenção, tratamento e recuperação das principais causas de morbimortalidade na população brasileira: trauma, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM). Essa inserção dos alunos da FCMS na UPA ocorreu em 2010, com os internos do quinto ano, no estágio de pediatria. Em 2011, os mesmos internos, agora no sexto ano, começaram a frequentar a mesma unidade, no estágio de clínica médica.

Objetivos: Avaliar o estágio na UPA, vinculado à área de clínica médica, sob a perspectiva discente e oferecer subsídios para o currículo de urgências da FCMS. **Material e métodos:** O cenário foi avaliado através dos dados dos atendimentos realizados na unidade durante o ano de 2011 e dos atendimentos realizados pelos alunos em maio de 2012. O estágio foi avaliado através de um questionário semi-estruturado aplicado aos alunos do internato do ano de 2012. Foi feito também um estudo para verificar como os temas relacionados à urgência foram oferecidos aos alunos do 1º ao 4º ano, em material disponível na plataforma Moodle da FCMS, durante o ano de 2012. **Resultados:** Os resultados mostraram uma avaliação positiva pelos alunos por vários motivos, dentre eles: ser um cenário com aprendizagem e treinamento práticos, com grande volume de pacientes que permitem o contato com as doenças prevalentes na comunidade, além do acompanhamento contínuo do professor. Entre os atendimentos que chamaram a atenção, destacaram-se o grande número de pacientes que solicitam atestados para justificar falta no trabalho, os casos de lombalgia, os casos de dor torácica de possível origem isquêmica e os casos de doenças respiratórias. Entre os pontos negativos foi citada a duração do estágio, que foi considerada curta; a demanda por atestados; a distância da unidade em relação à faculdade; e a falta de salas para atendimento em algumas oportunidades. Como sugestões, foram pedidos aumento de carga horária, mais salas para atendimento e aulas teóricas. Os dados da pesquisa, associados aos referenciais teóricos buscados para a execução do trabalho, permitiram a elaboração de matrizes de competências a serem desenvolvidas durante o estágio. **Conclusão:** O estágio foi aprovado por essa turma de alunos. O aprendizado na UPA pode ser considerado mais uma alternativa para o ensino de urgência. A elaboração das matrizes com a identificação de oportunidades de aprendizado durante a graduação propicia a longitudinalidade do ensino.

Descritores: Educação médica, emergência, competência clínica, atenção secundária à saúde, aprendizagem, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Campos MCG. Evaluation of medical internship at a First Care Unit, from students' perspective, to suggest a curricular model on clinical emergencies to the Academic Board of the Medicine course of the College of Medical and Health Sciences of Sorocaba – PUCSP.

Introduction: The medical course at the Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde of PUC-SP in Sorocaba (SP, Brazil) went through changes in its curricular model, which were motivated by various factors. Some of them can be traced back to the creation of the Unified Health System (SUS) and, afterwards, to the creation of the National Curricular Guidelines for the Medical Course. Therefore, as recommended by the Guidelines, there was, starting in 2006, an amplification of the practical scenarios, which resulted in the insertion of the student in the secondary level of attention to urgencies in a Unity of First Care (UPA). The UPA occupies an important role in the Urgency Service Network, which was established by the federal government in July 2011. The Network was created with the objective of qualifying the services for the Brazilian citizen in a situation of urgency in any of the gateways to the SUS, with emphasis in prevention, treatment and recover of the main causes of morbimortality in the Brazilian population: Trauma, Cerebral Vascular Accident and Acute Myocardial Infarction. This insertion of FCMS students in the UPA occurred in 2010, with fifth year interns of the pediatric internship. In 2011, the same interns, now in their sixth year, started to attend the clinical medicine internship in the same unit. **Objectives:** Evaluate the clinical medicine internship at the UPA in the eyes of the undergraduates and offer resources to the urgencies curriculum of the FCMS. **Materials and Methods:** The scenario was evaluated through the analysis of data pertaining to the services provided in the unit during the year of 2011 and the services conducted by students during May of 2012. The internship was evaluated using a semi-structured questionnaire applied to the interns of the year 2012. A study was also done to verify how urgency-related themes were presented to the students of the years one through four with basis on online material available on the Moodle platform of the FCMS in the year 2012. **Results:** The results showed that the students were pleased by many factors, like the practical learning and practical training; the large volume of patients, which allows contact with the most prevalent diseases of the community; and the constant presence of the teacher. The most attention-worthy occurrences were the large number of patients who requested a medical certificate to justify their absence from work, the cases of low back pain, the cases of thoracic pain of possible ischemic origin and the cases of respiratory diseases. Among the negative points cited were the duration of the internship, which was considered short; the demand for medical certificates; the distance between the unity and the school; and the small number of service rooms in some occasions. Their suggestions were an increased course load, more service rooms and more theoretical classes. The data of the dissertation, alongside the theoretical background research for its execution, allowed the elaboration of the Matrices of Competence to be developed throughout the internship. **Conclusion:** The internship was approved by this group of students. The scenario at the UPA can be an alternative for the teaching of urgencies. The elaboration of the matrices alongside the identification of learning opportunities throughout the course can propitiate a longitudinal approach to teaching.

keywords: Medical education, emergency, clinical competence, secondary health care, learning, curriculum, Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - A mudança no modelo curricular da FCMS.....	23
FIGURA 2 - A rede de Atenção às Urgências.....	29
FIGURA 3 - UPH da Zona Oeste de Sorocaba.....	35

LISTA de QUADROS

QUADRO 1	- Matriz Curricular do Curso de Medicina da FCMS.....	20
QUADRO 2	- Atividades e Estratégias de Aprendizagem.....	21
QUADRO 3	- Níveis de Gravidade por cor e tempo de atendimento.....	28
QUADRO 4	- Triage Pré-Hospitalar do paciente vítima de trauma.....	32
QUADRO 5	- Escala Pré-Hospitalar do AVE.....	33
QUADRO 6	- Questionário usado na pesquisa.....	41
QUADRO 7	- Números de atendimentos prestados pelos alunos em maio de 2012.....	43
QUADRO 8	- Números de atendimentos prestados na UPA em uma semana de 2013.....	44
QUADRO 9	- Matriz de competências.....	53
QUADRO 10	- Conhecimentos: atendimento universal ao doente grave.....	54
QUADRO 11	- Conhecimentos: atendimento às patologias mais comuns no nível secundário da atenção às urgências.....	55
QUADRO 12	- Conhecimentos gerais para atuação no nível secundário da atenção às urgências.....	56
QUADRO 13	- Habilidades.....	57
QUADRO 14	- Atitudes.....	58
QUADRO 15	- Atendimentos por acidentes e violências pelos serviços de urgência de Sorocaba-SP.....	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Total de respondentes às questões fechadas.....	45
TABELA 2	- Total de respondentes às questões abertas.....	45
TABELA 3	- Quantidade de respostas obtidas às questões abertas.....	45
TABELA 4	- Concordância com a contribuição do estágio para a formação.....	46
TABELA 5	- Expectativas dos alunos em relação ao estágio.....	46
TABELA 6	- Disposição em trabalhar em urgências.....	47
TABELA 7	- Atendimentos que chamaram a atenção.....	48
TABELA 8	- Pontos positivos do estágio.....	48
TABELA 9	- Pontos negativos do estágio.....	49
TABELA 10	- Sugestões para melhora do estágio.....	50
TABELA 11	- Impacto do aprendizado na UPA sobre a Rede de Atenção às Urgências..	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BE	Boletim de Emergência
CES	Conselho de Educação Superior
CFM	Conselho federal de Medicina
CHS	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Escola Médica
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV	Doenças Cardiovasculares
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	Escala de Coma de Glasgow
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ITU	Infecção do Trato Urinário
MINI-CEX	<i>Mini-Clinical Evaluation Exercise</i> – Mini-exame clínico
MOODLE	<i>Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment.</i>
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Prática de Atenção à Saúde
PBL	Problem Based Learning – Aprendizagem Baseada em Problemas
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
Rede UNIDA	Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SCACSSST	Síndrome Coronariana Aguda com Supra Desnivelamento do Segmento ST
SIMESP	Sindicato dos Médicos de São Paulo
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SPSP	Sociedade de Pediatria de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPH	Unidade Pré Hospitalar Fixa
URE	Unidade Regional de Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.2 OS OBJETIVOS DO ENSINO DE URGÊNCIA NA GRADUAÇÃO	24
1.3 O ENSINO MÉDICO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS	25
1.4 A NECESSIDADE DO ENSINO DE URGÊNCIAS NA GRADUAÇÃO	25
1.5 O PROTAGONISMO FEDERAL	27
1.5.1 Urgência X Emergência.....	27
1.5.2 A Rede de Atenção às Urgências.	28
1.5.3 O papel das UPAs na Rede de Atenção às Urgências.	31
1.6 A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM SOROCABA	33
1.6.1 Unidade Regional de Emergência (URE).....	34
1.6.2 UPH Zona Oeste.....	34
1.7 O ESTÁGIO DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS NA UPH DA ZONA OESTE.....	35
2 JUSTIFICATIVA	37
3 OBJETIVOS DO ESTUDO	39
4 MATERIAL E MÉTODOS	40
5 RESULTADOS	43
5.1 DADOS DOS ATENDIMENTOS:	43
5.2 RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO:	44
5.2.1 Respostas dadas a cada questão:.....	45
5.3 CRUZAMENTO ENTRE AS RESPOSTAS:	51
5.4 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS:.....	52
6 DISCUSSÃO	59
6.1 ATENDIMENTOS QUE CHAMARAM A ATENÇÃO:	61
6.2 PONTOS POSITIVOS DO ESTÁGIO:	66
6.3 PONTOS NEGATIVOS E SUGESTÕES PARA MELHORA:	68

6.4 IMPACTO DO APRENDIZADO NA UPA, NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
8 CONCLUSÕES.....	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	85
ANEXOS	87
ANEXO A - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina.	87
ANEXO B - Mini-Cex (Mini-Clinical Evaluation Exercise).....	92
ANEXO C - Edital da FCMS para contratação de docente (fragmentos)	93
ANEXO D – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética	94
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CONTEXTO DA MUDANÇA NO CURRÍCULO DA FCMS – PUC – SP.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela constituição federal de 1988, e sua posterior regulamentação pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, propiciaram a definição de novos rumos no ensino médico praticado no Brasil.¹ Ao determinar que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”, o SUS passa a ocupar espaço relevante na empregabilidade e na formação de médicos do país.² Isso, por si só, induziria as instituições acadêmicas a pensarem seus modelos de ensino, tendo em vista a nova realidade vigente.

Um passo nesse sentido foi dado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que, em 1991, criou a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (CINAEM), formada por representantes de entidades médicas e estudantis e dos ministérios da saúde e educação. A comissão tinha como objetivo avaliar o ensino nas escolas médicas e propor as mudanças necessárias.^{3,4}

A ABEM, nesse processo, teve a companhia da Rede UNIDA (Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais). Esta representou um movimento criado na Universidade Federal de Minas Gerais, em 1985, que buscava mudanças na formação dos profissionais de saúde e que ganhou vigor a partir de 1990 com a implantação do SUS.⁵

O Projeto CINAEM durou 10 anos e contribuiu com propostas que vieram a ser incorporadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina.³

As Diretrizes foram instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e pela Câmara de Educação Superior (CES), através da Resolução CNE/CES nº 4, de sete de novembro de 2001. Entre outros, um dos objetivos das diretrizes é fazer com que todas as escolas abracem em seus projetos pedagógicos o arcabouço teórico do SUS. Com esse propósito elas determinam que a estrutura dos cursos de Medicina deve “utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional” (Art.12º/VI) e permitir a “realização de treinamento em serviço supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde”(Art.7º&2º). Apontam, ainda, que

o aluno deve ser habilitado para “atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário”(Art.5º/II)(ANEXO A).⁶

Ao estimularem a inserção precoce do aluno no ambiente do SUS, as Diretrizes propiciam a formação de um profissional comprometido com a realidade de seu país ou região.⁷

Logo em seguida à publicação das DCN foi criado o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED). O PROMED foi uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ABEM e Rede Unida. Seu objetivo era incentivar as escolas a adotarem em seus projetos pedagógicos as orientações contidas nas DCN. Não se tratava de uma imposição, mas foi uma excelente indução, pois oferecia suporte técnico e financeiro para que as mudanças fossem feitas com enfoque nas necessidades de saúde da população e do SUS. As mudanças deveriam ocorrer em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Todas as escolas médicas brasileiras foram convidadas a responder a um edital, em março de 2002, que tinha como objetivo escolher os projetos mais adequados à nova realidade. Na época o Brasil contava com 92 faculdades de Medicina. Dessas, 55 apresentaram propostas de mudanças curriculares. Em novembro de 2002, 19 das 20 escolas selecionadas oficializaram suas propostas e passaram a receber, em 2003, recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades, dentre elas a de Sorocaba (PUC-SP).⁸

O curso de Medicina da atual Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba (FCMS) já vinha idealizando uma mudança no seu modelo curricular antes da publicação das DCN. Com esse propósito, nomeou, em 2001, uma Comissão de Reforma Curricular com o objetivo de elaborar um projeto de reforma pedagógica do curso. Os trabalhos dessa comissão resultaram em um projeto que foi inscrito e depois selecionado para participar do PROMED.⁹

A faculdade, inaugurada em 1951, tinha seu curso baseado em ciclos: básico, clínico e profissional. Esse modelo, oriundo do relatório Flexner,^{10,11} trazia consigo a ideia de que era necessário construir, inicialmente, um sólido embasamento teórico para depois permitir que o aluno exercitasse no campo da prática. Isso ocorria em estabelecimento próprio da Universidade, o Hospital Santa Lucinda.¹²

Em 1969 foi inaugurado o hospital Dr. Linneu Mattos da Silveira (Hospital Regional). O hospital funcionava através de um convênio bipartite entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. O governo estadual participava com estrutura física e a universidade, com a administração, os equipamentos e os funcionários, médicos e demais profissionais de saúde. Nessa mesma época, a Secretaria de Estado da Saúde iniciou a

construção do Hospital D^a Leonor Mendes de Barros, próximo ao Hospital Regional. Essa nova unidade, destinada a prestar assistência aos portadores de doenças pulmonares, foi inaugurada em dezembro de 1972.⁽¹⁾

Em setembro de 1976, a PUC-SP resolveu devolver o Hospital Regional à Secretaria da Saúde, desfazendo o convênio. No mesmo ano, o governador do Estado de São Paulo, decretou a fusão do Hospital Regional e do Hospital D^a Leonor Mendes de Barros, criando o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS). Um novo convênio foi estabelecido, desta vez cabendo ao Estado ceder as instalações físicas, os equipamentos, os funcionários, a manutenção e a administração, cabendo à PUC-SP a alocação do corpo médico.

Em 1988, ocorreu a construção do prédio do Ambulatório Regional de Especialidades, voltado ao atendimento de pacientes referenciados de Sorocaba e da DRS XVI. Este passou a integrar o CHS.

Posteriormente, a união do CHS, por meio de convênio, com o Hospital Santa Lucinda formou o Complexo Hospitalar de Sorocaba.

Estes equipamentos da saúde, desde suas inaugurações, passaram a ser o principal campo de estágio dos alunos, respeitando o convênio existente entre a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP (e sua mantenedora, a Fundação São Paulo) e a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.¹²

Em 1999, o convênio sofreu nova reformulação e o Estado passou a responder também pela contratação do corpo médico do CHS.

O CHS, por meio de suas unidades hospitalares, tem por finalidade prestar assistência médico-hospitalar, em regime ambulatorial, de emergência e de internação, em todas as áreas da medicina, em nível secundário, terciário e quaternário, de forma integral, regionalizada e hierarquizada, visando a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação da população como um todo.¹³

O treinamento dos alunos no CHS é, portanto, limitado ao contato com pacientes portadores de patologias complexas e muitas vezes pouco frequentes e em situações de maior gravidade.¹²

Esse fato, associado ao movimento pela transformação do currículo das escolas médicas que surgiu com a implantação do SUS e, principalmente, com as DCN, motivou a diretoria da FCMS a nomear a comissão acima referida.⁹

No final do ano de 2005, a proposta de reformulação do projeto político pedagógico

⁽¹⁾ Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Mauro da Silva Rodrigues.

(PPC) do curso de Medicina foi aprovada por todas as instâncias acadêmicas da PUCSP e em 2006 foi implementada para os alunos ingressantes naquele ano.⁹

O novo modelo de ensino manteve-se sob constante avaliação que resultou em uma nova reforma em 2009. Nessa, houve detalhamento do internato objetivando coroar harmoniosamente os dois últimos anos do curso e em consonância com o projeto em desenvolvimento nos quatro primeiros anos. Ocorreu também uma remodelação dos dois primeiros anos da graduação.¹²

No novo projeto, a educação tradicional, em que o estudante é passivo, exímio memorizador e que não recebe treinamento para a resolução de problemas foi substituída pela educação problematizadora com o objetivo de formar profissionais adequados às demandas da sociedade.¹²

A organização do curso deixou de ser por disciplinas e passou a priorizar uma composição multidisciplinar em módulos, de forma a permitir a inter e a transdisciplinaridade. Foi considerado que um módulo temático não é uma disciplina, mas inclui conteúdos de várias delas, necessários para o entendimento de uma situação clínica ou de uma resposta fisiológica ou patológica.¹² Até o momento atual, os módulos, abaixo explicitados no quadro 1, aplicados do primeiro ao quarto ano, utilizam diferentes estratégias de aprendizagem em atividades diversas abaixo representadas no quadro 2.

Quadro 1 - Matriz Curricular do Curso de Medicina da FCMS.

Ano do Curso	Módulos	Módulos Verticais	
1º Eixo temático: Mecanismos Regulatórios Fundamentais da Vida Humana	- Introdução ao Estudo da Medicina e Suporte Básico à Vida - Água e Eletrólitos Corporais: Importância e Regulação - Metabologia Humana - Gases Corporais - Eliminação de Resíduos - Sensações, Reações e Ritmos Biológicos - Eletricidade e Movimento: Geração, Condução e Efeitos - Manutenção da Espécie - Dinâmica da Imunidade	Prática em Atenção à Saúde I Subeixo: Promoção à Saúde e Proteção Específica	Módulo de Estudos Eletivos e Adicionais A) ESTUDOS ELETIVOS (2º ao 5º anos) E B) ESTUDOS ADICIONAIS: - Português para Medicina (2º ano) - Inglês para Medicina (3º ano) - Informática para Medicina (4º ano)
2º Eixo temático: Agressões ao Organismo, Mecanismos de Defesa e Adoecimento	- Função Celular, Lesão Celular e Reparação - Inflamação - Infecções - Reparo e Regeneração - Perturbações Hemodinâmicas - Alterações Genéticas - Neoplasias	Prática em Atenção à Saúde II Subeixo: Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato	
3º Eixo temático: Ciclo da vida	- Concepção, Anticoncepção e Embriogênese - Gestação, Parto e Puerpério - Período Neonatal, Crescimento e Desenvolvimento - Puberdade e Adolescência - Idade Adulta, Trabalho e Constituição da Família - Senescência e Morte	Prática em Atenção à Saúde III Subeixo: Análise dos Programas de Atenção Integral à Saúde	
4º Eixo temático: Grandes Temas em Medicina	- Medicina do Adulto - Medicina da Criança - Medicina da Mulher - Medicina do Idoso - Medicina na Emergência	Prática em Atenção à Saúde IV Subeixo: Avaliação da efetividade do sistema de atenção à saúde	
Internato	Áreas	Subáreas	
5º	Clínica Médica I	- Moléstias Infecciosas e Dermatologia - Neurologia, Fisiatria e Reumatologia - Cardiologia e UTI - Psiquiatria	
	Estudos Eletivos	(Módulo Vertical de Estudos Eletivos)	
	Clínica Cirúrgica I	- Ortopedia - Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Anestesiologia - Urologia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Vascular	
	Saúde Coletiva I	-----	
	Pediatria I	-----	
	Ginecologia e Obstetrícia I	-----	
6º	Clínica Médica II	- Endocrinologia, Nutrição e Oncologia - Hematologia e Análises Clínicas - Urgências e Emergências Clínicas: URE e PA - Nefrologia e Geriatria; - Pneumologia, Cirurgia e Tórax e Imagem	
	Clínica Cirúrgica II	- Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestório - Urgências e Emergências Cirúrgicas	
	Saúde Coletiva II	-----	
	Pediatria II	-----	
	Ginecologia e Obstetrícia II	-----	

Fonte – Projeto Pedagógico do curso de Medicina da FCMS.

Quadro 2 - Atividades e Estratégias de Aprendizagem:

ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS
Tutoria	Aprendizagem baseada em problemas
Sustentações Aplicadas	Aprendizagem baseada na prática
Sustentações Teóricas	Aula teórica dialogada, seminários, etc.
Habilidades	Aprendizagem baseada na prática
Reflexão sobre a prática médica	Aprendizagem baseada na reflexão sobre a prática
Prática em Atenção à Saúde (PAS)	Problematização

Fonte – Projeto Pedagógico do curso de Medicina da FCMS.

Segundo descrição contida no PPC de Medicina, as atividades acadêmicas respeitam as características abaixo apontadas.¹²

Tutoria: Essa modalidade de ensino trabalha com grupos pequenos de alunos, em torno de dez, acompanhados de um tutor. Os estudantes recebem um problema transcrito em papel, elaborado por uma comissão de problemas, baseado em situações do cotidiano. O problema tem a função de motivar os estudantes a estudar e compreendê-lo. A tutoria é dividida em duas sessões: na primeira o problema é discutido, as hipóteses são levantadas e os objetivos do aprendizado são traçados. O aluno tem em torno de dois dias para procurar as respostas. Na segunda sessão as respostas são trazidas e o problema é rediscutido e fechado. O método valoriza os conhecimentos prévios e novos conhecimentos que são adquiridos dentro de um contexto de Aprendizagem Significativa. Nesse modelo de aprendizagem o aluno consegue, utilizando seus conhecimentos prévios, agregar e incorporar significado aos novos conteúdos. O trabalho em equipe é valorizado e o aluno é o principal sujeito na construção do seu aprendizado.¹⁴ A educação disciplinadora e bancária, que inibe o poder criador dos educandos, é substituída pela educação problematizadora, de caráter reflexivo, que implica num constante ato de desvelamento da realidade.¹⁵

Sustentações Aplicadas: Proporcionam ao aluno aplicar na prática o aprendizado que começou a ser construído pelos problemas apresentados. Envolve o trabalho prático com experimentos, instrumentos e procedimentos. Inclui aprendizado de procedimentos de enfermagem.¹²

Sustentações Teóricas: Permitem uma visão geral do módulo, favorecem o entendimento de tópicos difíceis e apresentam assuntos para os quais os alunos não têm conhecimentos prévios. São ministradas para a turma inteira e usam estratégias variadas como aula expositiva dialogada, mesas de discussão e debate e reuniões anátomo-clínicas.¹²

Habilidades: Promovem a aquisição de conhecimentos fundamentais à prática médica. Abrangem o treinamento supervisionado para atingir competências sobre comunicação, aplicação da semiologia, embasadas na postura ética e respeitosa nos diversos ambientes de trabalho.¹²

Reflexão sobre a prática médica: É uma atividade feita em dois momentos. No primeiro, com um professor do módulo em desenvolvimento e no segundo, com um professor da área de Psiquiatria. Busca um olhar integrador entre a visão biológica e as facetas éticas, legais, humanas, entre outras, presentes no treinamento prático e que não puderam ser trabalhadas no momento do atendimento, já que este momento implica na reflexão na prática médica. Além das situações trazidas pelos alunos, procura discutir temas como: Morte, a Propaganda e a Publicidade Médica, Prontuário Médico, Estado Vegetativo Persistente, Autonomia, Alta a Pedido, Atestado Médico, atendimento a Pacientes Testemunhas de Jeová, Abortamento, Sigilo Médico, a Beneficência e a Não Maleficência, as competências das Comissões de Ética Médica e dos Comitês de Ética em Pesquisa, Cuidados Paliativos, Doação de Órgãos e Reprodução Assistida, dentre outros.¹²

Prática em Atenção à Saúde (PAS): Trata-se de um módulo longitudinal, desenvolvido do 1º ao 4º ano, realizado em vários cenários da prática, priorizando a atenção primária. Integra-se horizontalmente com as demais atividades do curso e verticalmente com internato da área de Saúde Coletiva.¹² Tem como objetivos: desenvolver a promoção à saúde e a proteção específica e primária em áreas abrangidas por unidades de saúde e, preferencialmente, que utilizem da Estratégia de Saúde da Família; estudo das evidências clínico-epidemiológicas no diagnóstico precoce das doenças, no tratamento imediato e prevenção secundária; caracterização dos programas de atenção à saúde e da atenção integral; estudo da rede de atenção em seus diferentes níveis e nas diferentes fases da vida; análise da influência de fatores determinantes da saúde e da doença, além dos biológicos; discutir os princípios norteadores dos serviços de saúde e analisar sua aplicação local, bem como das políticas de saúde.¹²

No novo modelo curricular, o internato é realizado nos últimos quatro semestres (anteriormente durava dois e, depois, três semestres), com estágio rotativo nas cinco áreas (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva) que se repetem no primeiro e segundo ano, porém com enfoques diferenciados. A metodologia de ensino deve obedecer aos seguintes pressupostos:¹²

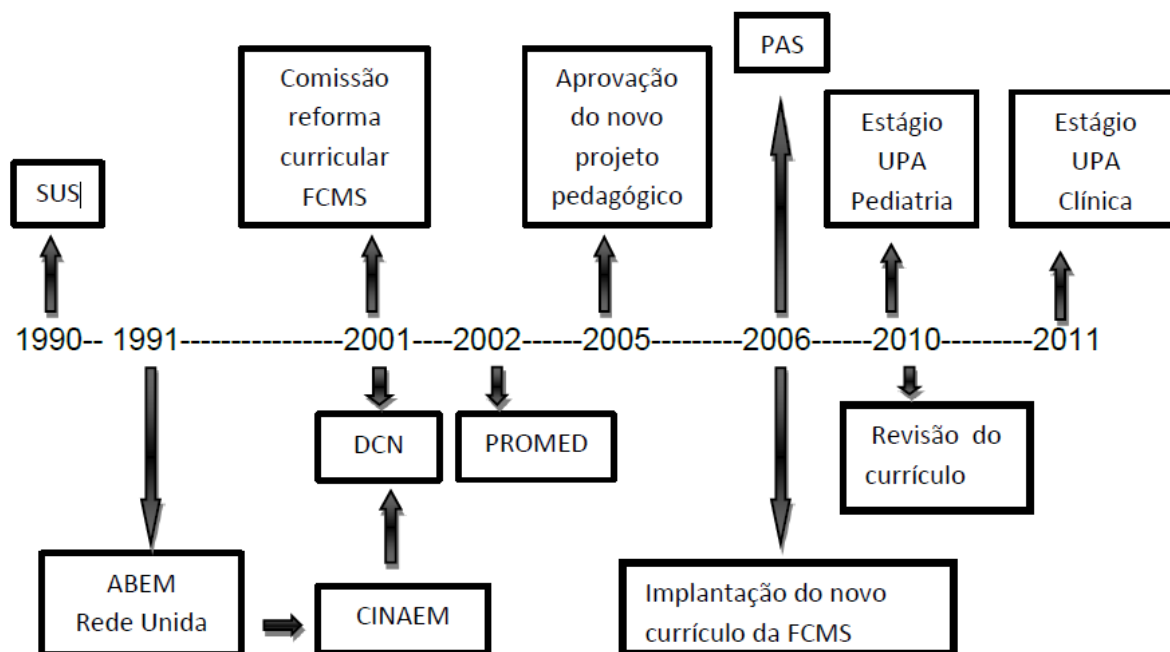
- A aprendizagem deve ocorrer com base no treinamento em serviço, sob supervisão, incluindo plantões na Unidade Regional de Emergência (URE).
- Todos os níveis de atenção deverão ser utilizados, privilegiando o quinto ano para o nível

secundário e o sexto, para o nível terciário, sem abandonar o nível primário.

- Contemplar visitas na URE em cada área ou subárea do estágio, além de interconsultas entre as diversas clínicas.
- Propiciar a integração entre as diferentes áreas através de ações interdisciplinares como: ambulatorios, visitas, reuniões científicas, projetos conjuntos, entre outras possibilidades; Inclusão de atividades de tutoria ou teóricas, usando estratégias didáticas diversas, não ultrapassando os 20% do total do estágio, conforme estipulado pelas DCN.

A partir da implantação do novo currículo na FCMS os alunos do 1º ano do ano de 2006 começaram a frequentar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Módulo de Prática em Atenção à Saúde (PAS). Em 2010, os alunos do 5º ano, da área de Pediatria, passaram a ter atividades também numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Em 2011, esses mesmos alunos, agora no sexto ano, voltaram a frequentar a mesma UPA, no estágio pertencente a subárea de Emergências Clínicas, vinculado à área de Clínica Médica II (Figura 1).

Figura 1 – A mudança no modelo curricular da FCMS:



1.2 OS OBJETIVOS DO ENSINO DE URGÊNCIA NA GRADUAÇÃO

A Medicina de Emergência não é reconhecida como especialidade médica no Brasil, sendo classificada como uma área de atuação da Clínica Médica. Isso dificulta encontrar um modelo curricular que norteie o ensino de urgência, ficando cada especialidade médica responsável pelo ensino e, ainda, atrelada à sua sociedade específica.

A FCMS determina, em seu PPI, que o ensino de urgências clínicas no internato médico deve preparar o aluno para realizar consultas médicas completas, indicando exames e terapêutica apropriada para cada caso atendido, se necessários e de acordo com os protocolos de atendimento locais; realizar o adequado encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados em outros níveis de atenção à saúde; reconhecer as situações de risco eminente à vida e instalar as medidas de sustentação à vida.¹²

Nos Estados Unidos da América, a medicina de emergência é reconhecida como especialidade e existe um currículo para o ensino de urgência, baseado em competências, que é frequentemente revisado e atualizado.¹⁶ Ele apresenta alguns pontos semelhantes aos citados no PPC da PUC-SP e acresce outros como: saber fazer o diagnóstico diferencial e priorizar o diagnóstico provável baseado na apresentação do paciente; comunicar-se de forma efetiva com pacientes, familiares, equipe de trabalho e consultores; ser consciente e responsável no tempo e mostrar honestidade e integridade na assistência ao paciente; utilizar a tecnologia de informação disponível para aperfeiçoar a assistência ao paciente e melhorar sua base de conhecimento; educar o paciente quanto à prevenção no que se refere a queixa principal; compreender as indicações, custos, riscos e evidências dos exames diagnósticos mais comuns.

No modelo canadense podemos destacar os seguintes pontos: desenvolver o conceito de triagem e priorização de atendimento; reconhecer os pacientes de alto risco: insuficiência renal crônica, transplantados, extremos de idade, intoxicação e diabetes. É também recomendado que o aluno tenha contato com as patologias mais frequentes em serviços de urgência como: anafilaxia, cefaleia, dor abdominal, traumas menores (fratura, luxação e entorse), dor torácica, alterações do nível de consciência e parada cardiorrespiratória entre outros. É igualmente preconizado que o aluno desenvolva algumas habilidades processuais como: abertura de vias aéreas, manuseio de acessórios para oferta de oxigênio, monitorização, colocação de oxímetro de pulso colocação de marca passo externo, execução de eletrocardiograma, acesso venoso, punção arterial para colheita de gasometria e participação no atendimento de vítimas de parada cardiorrespiratória.^{17,18}

1.3 O ENSINO MÉDICO ORIENTADO POR COMPETÊNCIAS

As DCN para o curso de Medicina, quando definiram o perfil desejado do egresso das escolas médicas, trouxeram junto a necessidade de um modelo de ensino voltado para os resultados a serem obtidos, que passam a dirigir o processo educacional. Estes resultados podem ser traduzidos em competências, desdobradas nas suas dimensões cognitivas, na aquisição de habilidades e atitudes. Por outro lado, no modelo tradicional o curso ou treinamento é definido pela exposição a conteúdos específicos em determinado espaço de tempo, sem respeitar a vivência, a bagagem educacional prévia e a necessária conexão entre as áreas de conhecimento.¹⁹

Competência é o resultado da aplicação combinada de pré-requisitos interligados como habilidades cognitivas e práticas, conhecimento, motivação, orientação de valores, atitudes e emoções. Num modelo curricular orientado por competências devem-se definir as competências esperadas em uma determinada experiência educacional e criar condições de aprendizagem necessárias para que os resultados desejados sejam alcançados. É necessário, portanto, que os objetivos e as oportunidades de aprendizagem estejam alinhados.²⁰

O currículo por competências, na área da saúde, implica no contato do aluno com situações reais, desde o início do curso. Isso representa um estímulo para o processo de ensino-aprendizagem. A reflexão e a teorização a partir das situações práticas promovem a construção do conhecimento e da aprendizagem significativa.²¹

O resultado desse processo é a formação de um ser humano capaz de cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional.¹⁹

1.4 A NECESSIDADE DO ENSINO DE URGÊNCIAS NA GRADUAÇÃO

Espera-se que todo médico, independente da especialidade escolhida, saiba atuar frente a uma situação de urgência uma vez que esta pode ocorrer em qualquer momento e lugar. Por outro lado vivenciamos, nos dias atuais, uma demanda crescente por atendimento nos serviços de urgência, tanto no setor público como privado, causada por inúmeros fatores. Entre eles podemos destacar:

- Nos últimos anos tem se constatado uma alta morbimortalidade relacionada às violências e eventos de trânsito até os 40 anos e, acima desta faixa etária, ligada às doenças do aparelho

circulatório.²²

- As intercorrências relacionadas às doenças crônicas e às neoplasias tornaram-se mais comuns em decorrência da maior prevalência destas afecções, bem como no desenvolvimento contínuo de estratégias de tratamento. Isto contribui para o aumento na procura dos serviços de urgência pelos portadores dessas patologias.²³

- Outras situações extremamente comuns nesses serviços são as dos pacientes que, na realidade, não se encontram em condições que caracterizam urgência. Aí, múltiplos componentes atuam, como: dificuldade para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até por questões de jornada de trabalho; facilidade da consulta no mesmo dia ou possibilidade de fazer exames complementares na UPA, além da cultura de que, por ser um lugar capaz de resolver casos agudos, seria, teoricamente, onde se pode solucionar qualquer outro problema de saúde.²⁴

Também é fato que o trabalho em plantões é uma atividade comum entre os médicos, principalmente os mais jovens. Em 2007 o CFM divulgou uma pesquisa sobre a saúde dos médicos no Brasil. Foram selecionados 47.033 médicos para serem pesquisados através de questionários enviados por correio, sendo que 7.700 enviaram as respostas. Dos respondentes, 42,9% citaram trabalhar em urgências. No grupo que está na faixa de até 15 anos da formatura (2.131 dos respondentes), 60% referiu trabalhar na área, chegando a 70,4% quando considerados aqueles com até cinco anos de graduação (481 dos respondentes).²⁵ Outra pesquisa realizada com os formandos de 2011 da FCMS, durante os meses de abril, maio e junho de 2012, mostrou que, dos 50 alunos que responderam ao questionário enviado a todos os 101 egressos, 32 (64,0%) estavam trabalhando em serviços de urgência, independentemente de estarem ou não matriculados em programa de residência médica.²⁶

O recém-formado encontra as portas abertas nesses serviços. Em maio do corrente ano, uma busca por empregos no *site* do SIMESP mostrou os empregos oferecidos apenas no dia 06/05/2013, com as seguintes ofertas na área de urgência: 35 vagas para trabalho em Pronto Socorro e 24 vagas para trabalho em Pronto Atendimento, somente na área de Clínica Médica. Em apenas um anúncio era solicitada residência em Clínica Médica ou comprovação de experiência na área de urgência.²⁷

Uma pesquisa realizada em 30 serviços de emergência hospitalar no estado do Rio de Janeiro, mostrou que em 80% deles os postos de trabalho estavam incompletos. Em serviços de urgência a oferta de empregos é maior do que a procura.²⁸ Ou seja, o mercado se apresenta propício para este público e esta necessidade tende a aumentar. A demanda pelos serviços de urgência obriga os setores público e privado a criarem mais postos de trabalho nessa área. Esse fato, associado à inserção precoce do médico nesses serviços, deve induzir as escolas a

oferecerem um ensino adequado de urgência na graduação.

Essa necessidade é reforçada por medidas tomadas pelo Ministério da Saúde, em 2011, quando determinou que a Atenção Básica de Saúde deve se preparar para dar o primeiro atendimento ao paciente em situações de urgência²² e também criou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Um dos objetivos desse programa é atrair o médico recém-formado para a atenção básica, oferecendo benefícios como o bônus (pontuação adicional de 10% a 20% na nota) nos exames de residência.²⁹ Desse modo, mesmo que o profissional (recém-formado ou não) opte por não trabalhar em serviços de urgência, o aprendizado para esse tipo de atendimento é imperioso.

1.5 O PROTAGONISMO FEDERAL

1.5.1 Urgência X Emergência

O Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n.º 1.451, de 10/3/1995, define os seguintes termos:³¹

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

No dicionário Aurélio,³¹ a palavra emergência é relativa a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia e que passa a existir. Dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que o paciente passe a apresentar, desde uma virose respiratória a uma hemorragia digestiva, constitui-se como uma situação de emergência. A palavra urgência, por sua vez, significa algo que não pode esperar.³¹

Em virtude do grande número de dúvidas e discussões geradas por essas terminologias, o Ministério da Saúde passou a adotar apenas o termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados imediatos.³² Estes devem ser classificados quanto ao grau de risco, através do acolhimento. A classificação de risco é uma ferramenta que organiza a fila de espera por ordem de gravidade com o objetivo de atender com rapidez o usuário com grau de risco elevado. Deve ser realizada por profissional da área de enfermagem, capacitado para a função. Os serviços podem elaborar protocolos próprios de acolhimento e estes devem ser de conhecimento de todos os funcionários da unidade. Uma das estratégias pode ser o uso das

cores: vermelho, amarelo, verde e azul, de acordo com o critério de maior para menor gravidade.^{33,34}(Quadro 3).

Quadro 3 – Níveis de gravidade por cor e tempo de atendimento.

Classificação	Intervenção Médica	Reavaliação do Enfermeiro	Prioridades
Vermelho (emergência)	Imediata	Cuidados Contínuos	Tratamento Imediato.
Amarelo (urgência)	< 30 minutos	A cada 30 minutos	Aguarda atendimento prioritário.
Verde (semi-urgência)	< 1 hora	A cada 60 minutos	Aguarda consulta com prioridade em relação a azul.
Azul (não-urgência)	< 2 horas	A cada 2 horas	Atendimento por ordem de chegada

Fonte: Nishio e Franco.³⁴

1.5.2 A Rede de Atenção às Urgências.

O governo brasileiro tem elaborado políticas públicas, objetivando prover assistência adequada aos pacientes em todos os níveis de atenção do SUS. No que se refere ao atendimento nos serviços de urgência, o ponto de partida foi a elaboração da Portaria 2.048 de 2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Tal portaria continha elementos que foram posteriormente desenvolvidos, como as Centrais de Regulação Médica, normatizadas nessa Portaria e que foram o embrião para a criação do atendimento Pré-Hospitalar Fixo (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).³⁵

Os dados de mortalidade dos últimos anos, associados aos acidentes, violências e doenças do aparelho circulatório, fizeram com que o Ministério da Saúde interviesse de forma mais organizada e efetiva sobre as doenças e agravos à população. Instituiu, assim, a Rede de Atenção às Urgências no SUS através da Portaria 1600, de 7 de julho de 2011. Seu objetivo é ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência, de forma ágil e oportuna.²²

A Rede de Atenção às Urgências pressupõe que todas as portas de entrada do SUS deverão estar preparadas para o atendimento de urgência. Em todas elas é recomendado que se proceda ao acolhimento dos pacientes com classificação de risco, conforme acima explicitado. Os casos mais complexos deverão ser transferidos de forma responsável e organizada para outros serviços. Em todos os pontos de atenção, devem ser priorizadas as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológico.²²

A linha do cuidado significa o uso dos recursos, tecnologia e saberes, de forma articulada, com o objetivo de enfrentar determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo da vida.³⁶

A Rede será constituída pelos seguintes componentes que deverão ser implantados no período de 2011 a 2018, dentro de um conceito de “Saúde Toda Hora-SOS EMERGÊNCIAS”²²(Figura 2).

Figura 2 - Rede de Atenção às Urgências.



Fonte: <http://portal.saude.gov.br>

I- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde:

Deverá desenvolver ações de vigilância e prevenção diante das principais causas de mortalidade no país: doenças crônicas não transmissíveis; violências e acidentes; lesões e mortes no trânsito.

II- Atenção Básica em Saúde:

Deverá oferecer o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado (Sala de observação), até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário.

III- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgências:

Deverá ser regionalizado e ampliar a cobertura para 100% da população. Tem por objetivo chegar precocemente à vítima e garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. O atendimento pode ser primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

IV- Sala de Estabilização:

Deverá ser implantada em municípios com menos de 50 mil habitantes sem nenhum serviço de urgência e emergência (UPA, SAMU e hospital). Deverá garantir assistência aos pacientes críticos e/ou graves, em uma unidade de saúde articulada com outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento através da central de regulação das urgências.

V- Força Nacional do SUS:

Será formada a partir de um cadastro nacional de profissionais que receberão capacitação. Deverá atuar nas situações de risco (alagamento, desabamento, enchente, incêndio, epidemias/pandemias, acidentes nucleares, atentados terroristas) ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas (povos indígenas) e/ou em regiões de difícil acesso. Poderá ser convocada também para atuar em eventos com grande concentração de pessoas, como estão previstos na Copa do Mundo de 2014 e nas Olimpíadas de 2016.

VI- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas:

São estabelecimentos de complexidade intermediária entre as UBS (utilizando ou não a Estratégia da Saúde da Família) e a Rede Hospitalar. Fazem parte do componente pré-hospitalar fixo, de onde advém o nome de Unidade Pré-Hospitalar (UPH), adotado em algumas localidades. As UPAs podem ser construídas em cidades com população acima de 50.000 habitantes e devem ter a retaguarda do SAMU. Devem preencher alguns critérios do Ministério da Saúde quanto a área física, número de salas, recursos humanos e de laboratório e etc. Os outros serviços de urgência 24 horas são formados por Policlínica; Pronto atendimento; Pronto socorro especializado; Pronto socorro geral e Unidades Mistas.

VII- Componente Hospitalar:

Constituído pelas portas hospitalares de urgências, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e

pelas linhas de cuidados prioritárias. Deverá o ampliar o acesso à angioplastia primária e promover assistência qualificada ao paciente vítima de Acidente Vascular Encefálico (AVE) com recursos que propiciem a terapia trombolítica.

VIII- Atenção Domiciliar:

Deverá atuar na promoção à saúde, prevenção e tratamentos de doenças e reabilitação no âmbito domiciliar. Tem como objetivo reduzir os gastos da atenção, diminuir o risco de infecção e estimular uma relação profissional de saúde-paciente mais humanizada.

1.5.3 O papel das UPAs na Rede de Atenção às Urgências.

As UPAs deverão ocupar papel estratégico na rede em função do grande volume de atendimentos, devendo prestar assistência e servir como órgão observador do sistema de saúde. Assim, no mesmo dia em que o governo normatizou a Rede de Atenção às Urgências publicou também a Portaria 1601 que definiu as funções das UPAs:³⁷

- Devem prestar atendimento aos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, de natureza clínica ou cirúrgica, fazer investigação diagnóstica inicial e definir os casos que necessitam de encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade;
- Implantar o processo de Acolhimento com Classificação de Risco;
- Trabalhar de forma articulada com os outros serviços do SUS, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência e ordenando esses fluxos por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas na Rede de Atenção Básica;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU.

O papel das UPAs nas linhas do cuidado foi assim definido pelo Ministério da Saúde:³²
A-Trauma: As UPAS devem prestar atendimento aos casos de natureza traumática por demanda espontânea ou encaminhados através do SAMU. O atendimento deverá ser resolutivo nos casos de menor complexidade. Os casos de maior gravidade deverão ser estabilizados e encaminhados para o serviço terciário. O emprego dos critérios de gravidade do trauma, que é utilizado pelo SAMU no local do acidente, pode ser útil na identificação dos casos de maior gravidade^{38,39} (Quadro 4).

Quadro 4 - Triage Pré-hospitalar do paciente vítima de trauma:

Critérios fisiológicos:
Escala de Coma de Glasgow < 14.
Pressão Arterial Sistólica < 90.
Frequência Respiratória < 10 e > 29 ou que necessite intubação pré-hospitalar.
Critérios anatômicos:
Todos os ferimentos penetrantes da cabeça, pescoço, tronco, extremidades proximais ao cotovelo e joelho.
Tórax flácido.
Suspeita clínica de instabilidade pélvica.
Suspeita de fratura de dois ou mais osso longos proximais.
Esmagamento ou desenlramento de extremidades.
Amputação proximal ao punho ou tornozelo.
Paralisias.
Fratura de crânio expostas ou com afundamento.
Combinação de traumas ou queimaduras de 2° ou 3° graus.
Mecanismos do trauma:
Colisão automobilística com:
Ejeção do veículo.
Intrusão da lataria > 50 cm.
Capotamento do veículo.
Morte de um ocupante do mesmo veículo.
Remoção das ferragens com duração maior que 20 minutos.
Atropelamento de pedestre ou ciclista com velocidade > 30 km/h.
Colisão de motocicleta > 35 km/h ou projeção à distância.
Quedas de altura > 6m (adultos) e > 3m ou três vezes a altura (crianças)
Condições clínicas de risco aumentado:
Idade < 12 anos e > 55 anos
Gravidez > 20 semanas
Uso de anticoagulantes
Doenças crônicas graves.

Fonte: DOU Nº 169, SEÇÃO 1, de 30 de agosto de 2012.

B-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): O objetivo da Rede de Atenção ao IAM é garantir que o paciente com supra-desnívelamento do segmento ST no ECG receba a terapia de reperfusão em tempo adequado. Assim é papel do profissional que está na unidade: ^{40,41}

-Reconhecer a dor torácica sugestiva de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que requer atenção imediata e realização do ECG em até dez minutos.

-Distinguir, dentre os pacientes com SCA, aqueles com quadro de síndrome coronariana aguda com supra-desnívelamento do segmento ST (SCACSST), que precisam ser submetidos à reperfusão no menor tempo possível (prioritariamente até 120 minutos para a angioplastia e até 12 horas para a trombólise química).

-Iniciar o tratamento medicamentoso.

-Estratificar o risco dos pacientes com SCA para direcioná-los para avaliação e tratamento

adequados.

-Identificar e tratar precocemente as complicações relacionadas à SCA.

-Orientar a prevenção de novos eventos coronarianos.

C-Acidente Vascular Encefálico: O principal objetivo do atendimento pré-hospitalar é fazer o diagnóstico preciso e direcionar o paciente para o hospital o mais rápido possível, priorizando os pacientes potenciais candidatos a terapia trombolítica. O diagnóstico é clínico e deve atentar para os seguintes dados de história e exame físico:^{42,43}

-Perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo;

-Dificuldade súbita de falar ou compreender;

-Perda visual súbita em um ou ambos os olhos;

-Tontura súbita, perda de equilíbrio e ou de coordenação;

-Dor de cabeça súbita, intensa sem causa aparente.

A escala pré-hospitalar de AVE deve ser aplicada para reconhecer os sinais mais frequentes.

Um sinal positivo de início súbito é suficiente para suspeitar de um evento agudo (Quadro 5).

Quadro 5 - Escala Pré-Hospitalar do AVE.

Avaliar	Comando	Verifique
Face	Dê um sorriso.	Veja se há desvio da boca.
Força	Eleve os dois braços.	Veja se um braço cai por perda de força.
Fala	Diga uma frase: O céu é azul.	Veja se a fala está alterada.

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consulta_publica_AVC.pdf.

1.6 A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM SOROCABA

A cidade de Sorocaba é, desde fevereiro de 2011, sede do SAMU regional. Este foi criado a partir da Portaria nº 4.125, de 17 de dezembro de 2010 e abrange 15 cidades da região.⁴⁴ O município conta também com 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Prontos Atendimentos, duas UPAs ou UPHs (Zona Norte e Oeste), um Pronto Socorro Municipal mantido por meio de convênio com a Santa Casa e a Unidade Regional de Emergência (URE) do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.⁴⁵ A URE, desde sua inauguração em dezembro de 1989 e a UPH Zona Oeste, desde 2010, constituem cenários de aprendizado dos alunos da FCMS.

1.6.1 Unidade Regional de Emergência (URE).

Trata-se de uma unidade pertencente ao nível terciário do atendimento de urgências. É nesse cenário que acontece a maior parte do aprendizado de urgência dos alunos da FCMS. No internato, que ocorre no quinto e sexto ano, o aluno faz estágio no local, no período diurno, durante o rodízio pelas grandes áreas: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia. A carga horária é completada com plantões no período noturno, feriados e finais de semana.¹²

Os médicos que trabalham na URE são contratados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São admitidos através de concurso público e são especialistas na área em que atuam. A assistência aos alunos é dada pelos plantonistas e por professores da faculdade, conforme previsto na Cláusula-Primeira, Parágrafo-Primeiro do convênio entre a Fundação São Paulo (FUNDASP), mantenedora da PUC-SP, e a Secretaria do Estado da Saúde:⁴⁶

Serão desenvolvidas atividades docentes de forma integrada com a participação dos alunos, aprimorandos e médico-residentes, contando com a supervisão dos professores da FCMS e dos profissionais de nível superior da Secretaria, nas áreas de atendimento de emergência, serviços de diagnóstico, ambulatoriais e internações clínicas e cirúrgicas, para toda a região abrangida pela Direção Regional de Saúde XXIII [*hoje, DRS XVI, grifo nosso*] – Sorocaba, de acordo com os projetos pedagógicos dos cursos e o contrato de trabalho dos docentes da PUC/SP.

Os professores da faculdade visitam os pacientes internados no local, por um período de aproximadamente duas horas diárias, junto com os alunos internos e residentes, especificamente nas áreas de Pediatria, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica. Aqueles ligados às especialidades também prestam assistência, quando solicitados.

1.6.2 UPH Zona Oeste.

A UPH Zona Oeste é a maior unidade de saúde municipal e é referência para atendimentos de urgência e emergência em uma região de aproximadamente 152 mil habitantes.⁴⁷

Sua equipe médica é formada por médicos clínicos e pediatras. Presta atendimento a pacientes em situação de baixa e média complexidade, vindos por demanda espontânea ou referenciada. A unidade conta com cinco consultórios para atendimento adulto, cinco para atendimento pediátrico e um para atendimento odontológico. Dispõe também de três salas para

atendimento a doentes graves. Na retaguarda, há 19 leitos disponíveis para observação de curta permanência, sendo 11 para adultos, seis infantis e dois para isolamento.⁴⁶

A estrutura da UPH conta ainda com laboratório de análises clínicas e sala de raio-X 24 horas e é também base para uma equipe do SAMU regional ⁴⁸(Figura 3).

Figura 3 - UPH da Zona Oeste de Sorocaba.



Fonte: Portal da Cidadania – Sorocaba: <http://www.sorocaba.sp.gov.br/pagina/484/>

1.7 O ESTÁGIO DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS NA UPH DA ZONA OESTE.

O cenário escolhido desde 2011 para a realização do estágio da área de Clínica Médica, apoiado pelo convênio com a Prefeitura Municipal de Sorocaba e com pactuação com a Secretaria de Saúde do Município, amparado pela lei municipal n.º 6.546, de 01 de abril de 2002, foi a UPH Zona Oeste.⁴⁹ O convênio foi renovado em janeiro de 2013 conforme consta no Diário Oficial do Município.⁵⁰ Nesta unidade os alunos, em grupos de 6 a 8, são acompanhados exclusivamente por professores do curso médico e mais um residente do primeiro ano de Clínica Médica. Um professor acompanha os alunos às segundas e quartas-feiras e o outro às terças e quintas-feiras. A sexta-feira é alternada entre os dois. O grupo de estudantes é dividido em dois subgrupos que atendem em duas salas separadas. No entanto, as discussões dos casos são conjuntas com o grupo todo de alunos.

Os pacientes, após avaliação pela equipe de acolhimento, são atendidos de acordo com a gravidade, indistintamente tanto pelos alunos acompanhados pelos professores como pelos médicos da UPA. Vez por outra é solicitado à equipe de acolhimento que selecione algum caso para que os alunos entrem em contato com os agravos mais comuns na unidade (doença respiratória, dores e traumas leves). Os alunos fazem o atendimento completo, apresentam hipóteses diagnósticas e propostas terapêuticas ao professor. Alguns pacientes são liberados após o atendimento. Outros ficam na unidade para a realização de exames (radiografias, eletrocardiograma ou exames de sangue), receberem medicação ou permanecem em observação.

Os casos mais graves, após o atendimento inicial, são encaminhados para o Pronto Socorro da Santa Casa de Sorocaba ou para a URE do CHS de acordo com o fluxograma do serviço. Os pacientes liberados, em especial aqueles portadores de doenças crônicas, são referenciados à Atenção Básica. Durante o estágio, alguns temas relevantes de urgência são discutidos.

A carga horária é de 78 horas anuais, correspondendo a seis horas diárias (7h00 às 13h00) por 13 dias úteis consecutivos.

O estágio na UPA é complementar ao estágio na URE, dentro da Área de Clínica Médica. A avaliação do aluno na UPA ocorre através do Mini-Cex (mini-exame clínico) (ANEXO B). Até o final do estágio, cada aluno deve obter conceito satisfatório em todos os itens do instrumento. Além disso, no final do rodízio na Clínica Médica ocorre uma prova de estações. Na maioria das vezes quem aplica essa prova são os professores da faculdade que prestam assistência aos alunos na URE. Por fim, testes relacionados aos conteúdos das emergências clínicas são oferecidos para a prova escrita que ocorre no final do internato, quando todos os módulos são avaliados.

2 JUSTIFICATIVA

É tendo este pano de fundo como contexto que meu papel pessoal passa a ser incluído. Sou médica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e atuei na Unidade de Emergência (URE) do CHS, no setor de Clínica Médica, no período compreendido entre janeiro de 1990 e dezembro de 2012. A Unidade pertence ao nível terciário de atendimento e é um dos cenários de aprendizado dos alunos internos e residentes da FCMS.

Em dezembro de 2010, fui selecionada, junto com outro colega de trabalho, como professora, do estágio dos primeiros alunos a cursarem o internato na UPA a partir de 2011, respondendo ao edital público da FCMS nº17/2010 de 08/10/2010 (Anexo C).

Esta minha posição e a nova atribuição me fizeram refletir sobre a estratégia mais adequada para o ensino e a aprendizagem dos alunos neste novo local. Como se tratava (e ainda se trata) de um tópico inovador no projeto pedagógico, minha atuação me levou a transformar este meu interesse no projeto de pesquisa do programa de Mestrado Profissional, no qual estou inserida desde julho de 2011.

O PPC da FCMS, que prioriza as metodologias ativas de ensino- aprendizagem e faz do aluno o ator principal na construção do aprendizado, nos fez pensar na avaliação do estágio na UPA sob sua perspectiva. O conhecimento da percepção dos estudantes forneceria subsídios para a elaboração de um modelo curricular em urgências clínicas, resultando na melhora do aprendizado e da assistência prestada ao usuário. Vale lembrar que muitos desses alunos voltarão depois a esse cenário como plantonistas.

Há mais material sobre o processo ensino-aprendizagem na atenção básica e com enfoque na avaliação discente.⁵¹⁻⁵⁵ Foram publicadas também as Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária a saúde na Graduação em Medicina⁵⁷. Já na atenção secundária, há escassos trabalhos. Por outro lado, o enfoque predominante do ensino de urgência e emergência recai sobre o nível terciário, condição em que se situam a maior parte dos hospitais ligados às universidades. Com isso, o nível secundário da atenção às urgências fica relegado a um plano ainda indefinido.

A PUC-SP, através de seu Projeto Pedagógico Institucional¹², reforça a necessidade de que o ensino deve seguir as recomendações do relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, em que constam os 4 pilares da Educação do futuro:⁵⁷

- aprender a aprender (conhecer);
- aprender a fazer (habilidades);

- aprender a ser (atitudes); e
- saber viver junto (relacionamento interpessoal).

Como a aprendizagem no internato é eminentemente prática e envolve os quatro fundamentos acima apontados, a aplicação deste referencial precisa ser mais bem avaliada no nível secundário, por meio de quem ali ocupa o ofício de aprendiz e de professor. É neste contexto que se insere a presente pesquisa.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

a) Geral: Avaliar o estágio de Urgências e Emergências Clínicas do 6º ano, realizado na UPH da Zona Oeste, sob a perspectiva dos alunos internos.

b) Específico: Organizar uma proposta de ensino-aprendizagem de urgência e emergência, mais especificamente para o nível secundário, embasada na literatura e na avaliação dos alunos, sem perder de vista o disposto no atual projeto pedagógico do curso de Medicina da FCMS e nas portarias da Rede de Atenção às Urgências.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa.

Para analisar se os atendimentos procedidos pelos alunos refletiriam, de alguma maneira, a demanda que se apresenta na UPA, foram obtidos os dados de tais atendimentos realizados durante o mês de maio de 2012, escolhido de forma aleatória. Também foram verificados os atendimentos realizados na unidade durante uma semana típica, de 29/08/2013 a 04/09/2013, escolhida também aleatoriamente e com a conferência dos diagnósticos pelas fichas de atendimento, não se baseando apenas no CID registrado pelos plantonistas.

Além disso, foi procedida à avaliação do estágio, estudando as respostas de 82 alunos do sexto ano médico da FCMS-PUC-SP do ano letivo de 2012, a um questionário semi-estruturado. O critério para inclusão foi ter concluído o estágio na UPA no momento em que a pesquisa foi encerrada e a concordância em participar do estudo. Não houve critérios de exclusão. O instrumento de avaliação do estágio, autoaplicável, foi composto por três questões fechadas (duas delas usando a escala de concordância de Likert nas respostas) e quatro questões abertas. O questionário foi aplicado nos meses de março a setembro de 2012, acompanhado do termo de consentimento livre e esclarecido em que se pediu a autorização para a realização da pesquisa (APÊNDICE A).

Durante seu processo de elaboração, tal questionário foi aplicado num piloto, de forma experimental, aos alunos do sexto ano do ano de 2011, nos meses de setembro, outubro e novembro. As respostas foram analisadas na medida em que foram devolvidas para que houvesse a possibilidade de algum ajuste no instrumento ainda durante a aplicação. Todos os alunos da turma (n=101) receberam os questionários e 84 (83,7%) o responderam total ou parcialmente. O instrumento foi entendido e considerado válido por todos os respondentes e o tempo para ser completado foi bem avaliado, havendo somente o acréscimo da questão número oito, sugerida pelas respostas inicialmente obtidas. Assim, o instrumento se mostrou qualificado para o uso ⁵⁸(Quadro 6).

As respostas às duas primeiras questões fechadas foram analisadas quanto ao grau de concordância com a afirmação feita. As respostas à terceira questão foram analisadas quanto à frequência. As respostas às questões abertas foram analisadas e agrupadas de acordo com a similaridade de conteúdo, com objetivo de proceder à análise quantitativa. Assim, todas as respostas obtidas foram incluídas nas categorias criadas. Foi avaliado o grau de concordância entre as respostas usando o coeficiente de concordância de Kendall. Quando houve concordância das respostas, aplicou-se o teste de Friedman (análise de variância não

paramétrica), para identificar como ela ocorreu.

Além disso, foi realizado um cruzamento entre as respostas dadas à terceira questão (disponibilidade em trabalhar em urgências após a formatura) e as principais respostas dadas às questões abertas. Aqui, na análise estatística foi empregado o teste do qui-quadrado com a simulação de Monte Carlo, utilizando-se para tanto do software SPSS 13.0 for Windows. A simulação de Monte Carlo consiste num experimento amostral cujo objetivo é permitir a observação do desempenho de uma variável de interesse (variável de saída) em razão do comportamento de variáveis que encerram elementos de incerteza (variáveis de entrada).⁵⁹

Na análise estatística, foi considerado $p \leq 0,05$ como significativo.

Quadro 6 - Questionário usado na pesquisa.

- 1 - O estágio contribuiu indubitavelmente para minha formação médica:
☐ Concordo totalmente.
☐ Concordo parcialmente.
☐ Discordo.
☐ Foi indiferente.

- 2 - O estágio foi condizente com minhas expectativas:
☐ Concordo totalmente.
☐ Concordo parcialmente.
☐ Discordo.
☐ Foi indiferente.

- 3 - Você pretende trabalhar, a curto prazo, em serviços de urgência e emergência?
☐ Sim.
☐ Não.
☐ Apenas se não for aprovado no exame de residência.

- 4 - Cite, resumidamente, dois exemplos de atendimento que chamaram sua atenção de alguma maneira:

- 5 - Cite 3 pontos positivos do estágio:

- 6 - Cite 3 pontos negativos do estágio:

- 7 - Cite sugestões para melhora do estágio:

- 8 - Na sua opinião, como o aperfeiçoamento da formação médica para atendimento, especificamente numa unidade pré-hospitalar fixa, pode gerar impacto na rede de atenção à urgência e emergência?

Além desses procedimentos, foi verificado como os temas relacionados à urgência foram oferecidos no ano de 2012, para os alunos do 1º ao 4º ano da graduação, em levantamento pelo material disponibilizado via *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* (Moodle) da FCMS, que incluiu os problemas usados nas sessões de tutoria, os temas das sustentações aplicadas e teóricas e das habilidades, com o objetivo de elaborar as matrizes de competências.

Na construção das matrizes, as oportunidades de aprendizagem encontradas no material

disponibilizado no Moodle, foram identificadas como círculos vazios (○), preenchidos com o ano correspondente da graduação (1º ao 4º) em que tais conteúdos foram aplicados e com o símbolo✕, quando desenvolvidos nas áreas do internato (5º e 6º). As nossas sugestões, baseadas no referencial bibliográfico utilizado na execução do presente trabalho e na avaliação realizada pelos alunos, estão identificadas com o círculo preto (●), com o ano da graduação correspondente dentro do círculo em que se indica sua aplicação ou como ✕, quando relativo ao internato.

A pesquisa foi analisada e autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCMS. (Protocolo de Pesquisa FR-481814) (CAAE-Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-0115.0.154.000-11) (ANEXOS D e E).

5 RESULTADOS

5.1 DADOS DOS ATENDIMENTOS:

O levantamento dos atendimentos feitos pelos alunos no mês de maio de 2012, que resultaram em alta ou encaminhamento para o nível terciário, mostrou o seguinte resultado:

Quadro 7 - Atendimentos realizados pelos alunos no mês de maio de 2012.

1º	Traumas menores	24	22,9%	23º	Etilismo Crônico	3	1,6%
2º	Lombalgia	15	7,5%	24º	Dermatite	3	1,6%
3º	IVAS	11	5,7%	25º	Dismenorreia	2	1,0%
4º	Amigdalite	10	5,2%	26º	Asma	2	1,0%
5º	Cefaleia	9	4,7%	27º	BCP	2	1,0%
6º	ITU	9	4,7%	28º	Rinite	2	1,0%
7º	Cólica nefrética	8	4,2%	29º	Crise de gota	2	1,0%
8º	Dor abdominal	8	4,2%	30º	Dor torácica	2	1,0%
9º	Gastroenterite	8	4,2%	31º	Bursite	1	0,5%
10º	Gastrite	8	4,2%	32º	Dor de dente	1	0,5%
11º	Conjuntivite	8	4,2%	33º	Uretrite	1	0,5%
12º	Dor articular	7	3,7%	34º	Pé diabético	1	0,5%
13º	DPOC	5	2,6%	35º	Corpo estranho no olho	1	0,5%
14º	Diarreia	5	2,6%	36º	Monilíase oral	1	0,5%
15º	Doença psiquiátrica	5	2,6%	37º	Herpes Simples	1	0,5%
16º	Cervicalgia	4	2,1%	38º	Queimadura de 1º grau	1	0,5%
17º	Sinusite	4	2,1%	39º	Metrorragia	1	0,5%
18º	Vômitos	4	2,1%	40º	Labirintite	1	0,5%
19º	Mialgia	3	1,6%	41º	Arritmia	1	0,5%
20º	Gripe	3	1,6%	42º	Cisto sebáceo	1	0,5%
21º	Otite	3	1,6%		Total	191	100%
22º	Hipertensão	3	1,6%				

Fonte: registro próprio do professor

Foram realizados na UPA, no período de 29/08/2013 a 04/09/2013, 2.032 atendimentos a pacientes adultos, segundo dados dos boletins de emergência e que ficaram assim distribuídos:⁶⁰

Quadro 8 - Dados dos atendimentos realizados na unidade no período de 29/08/2013 a 04/09/201.

1º	IVAS	191	9,4%	23º	Otite	24	1,2%
2º	Gripe	158	7,8%	24º	DPOC	22	1,1%
3º	Traumas menores	148	7,3%	25º	ICC	20	1,0%
4º	Lombalgia	126	6,2%	26º	Convulsão	17	0,8%
5º	Amigdalite	102	5,0%	27º	Intoxicação alcoólica	17	0,8%
6º	Sinusite	101	5,0%	28º	Tontura	14	0,7%
7º	ITU	92	4,5%	29º	Labirintite	13	0,6%
8º	Dor Abdominal	78	3,8%	30º	Rinite	13	0,6%
9º	Cefaléia	71	3,5%	31º	Bursite	12	0,6%
10º	Asma	61	3,0%	32º	Diarréia	12	0,6%
11º	Hipertensão	56	2,8%	33º	Faringite	12	0,6%
12º	Doença psiquiátrica	52	2,6%	34º	Cólica Biliar	11	0,5%
13º	Urticaria	50	2,5%	35º	Corpo estranho no olho	10	0,5%
14º	Gastroenterite	43	2,1%	36º	Cervicalgia	10	0,5%
15º	Dor articular	39	1,9%	37º	AVC	9	0,4%
16º	Cólica nefrética	37	1,8%	38º	Dor em MMII	8	0,4%
17º	Gastrite	35	1,7%	39º	Dor oncológica	8	0,4%
18º	Dor torácica	32	1,6%	40º	Arritmia	7	0,3%
19º	BCP	31	1,5%	41º	Dismenorréia	7	0,3%
20º	Diabetes descompensado	31	1,5%	42º	Orquiepididimite	7	0,3%
21º	Mialgia	30	1,5%	43º	Outros	171	8,4%
22º	Vômitos	29	1,4%		Total	2032	100,0%

Fonte: Banco de dados da UPH Zona Oeste.

A comparação entre os primeiros 22 diagnósticos registrados pelos alunos em seus atendimentos e aqueles realizados na unidade como um todo mostrou haver coincidência em 17 (70,7%) deles.

5.2 RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO:

A FCMS formou, em 2012, sua LVII turma de médicos, composta por 106 alunos, sendo 48 (45,3%) alunos do sexo masculino e 58 (54,7%) do sexo feminino. Participaram do estudo os 82 alunos (77,3% dos 106 alunos) que completaram o estágio na UPA quando a pesquisa foi encerrada, sendo 44 (53,6%) do sexo masculino e 38 (46,3%) do sexo feminino.

O total de alunos que responderam ao questionário semi-estruturado e autoaplicado e o número de respostas dadas às questões abertas ficaram assim distribuídos: (Tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 1 - Total de respondentes às questões fechadas.

	Respondentes	%
Questão nº1	81	98,8
Questão nº2	82	100,0
Questão nº3	82	100,0

Tabela 2 - Total de respondentes às questões abertas.

	Respondentes	%
Atendimentos que chamaram a atenção	75	91,5
Pontos positivos	79	96,3
Pontos negativos	63	74,8
Sugestões	43	52,4
Impacto do aprendizado na UPA na Rede de Atenção às Urgências	73	89,0

Tabela 3 - Quantidade de respostas obtidas às questões abertas.

	Respostas obtidas	Esperadas	%
Atendimentos que chamaram a atenção.	140	164	85,4
Pontos positivos	198	246	80,5
Pontos negativos	106	246	43,8
Sugestões	58	82	70,7
Impacto do aprendizado na UPA na Rede de Atenção às Urgências	73	82	89,0

5.2.1 Respostas dadas a cada questão:

Questão nº1:

“O estágio contribuiu indubitavelmente para minha formação médica.

() *Concordo totalmente* () *Concordo parcialmente* () *Discordo* () *Foi indiferente*

A questão foi respondida por 81 alunos (98,8% do total). A maioria concordou totalmente (n = 65; 79,3%) e os demais concordaram parcialmente (n = 16; 19,5%).

Tabela 4 - Contribuição do estágio para a formação.

Itens	n	%
Concordo totalmente	65	79,3
Concordo parcialmente	16	19,5
Discordo	0	0,0
Foi indiferente	0	0,0
Não Respondeu	1	1,2
Total de respondentes	81	98,8
Total de alunos	82	100,0

Questão n°2:

“O estágio foi condizente com minhas expectativas”.

() Concordo totalmente () Concordo parcialmente () Discordo () Foi indiferente

A questão foi respondida por 82 alunos (100% do total). A maioria concordou totalmente (n = 61; 74,4%) e os demais concordaram parcialmente (n = 21; 25,6%).

Tabela 5 - Expectativa do aluno em relação ao estágio.

Itens	n	%
Concordo totalmente	61	74,4
Concordo parcialmente	21	25,6
Discordo	0	0,0
Foi indiferente	0	0,0
Total de respondentes	82	100,0
Total de alunos	82	100,0

Questão n°3:

Você pretende trabalhar, a curto prazo, em serviços de urgência e emergência?

() Sim () Não () Apenas se não for aprovado no exame de residência

A questão foi respondida por 82 alunos (100% do total) e 56 (68,3%) afirmaram que sim; outros 17 (20,7%) somente em caso de não obterem sucesso nos exames de residência e nove (11,0%) não pretendem trabalhar em serviços de urgência e emergência.

Tabela 6 - Disposição em trabalhar em urgências.

Respostas	n	%
Sim	56	68,3
Não	9	11,0
Apenas se não for aprovado nos exames de residência	17	20,7
Total	82	100,0

Questão n°4:

“Cite, resumidamente, dois exemplos de atendimento que chamaram sua atenção de alguma maneira”.

A questão foi respondida por 75 alunos (91,5% do total). Foram obtidas 140 respostas (85,4%) de um total de 164 esperadas. Algumas respostas foram agrupadas quando seu sentido permitiu, no intuito de facilitar a análise. Assim, em “dor torácica” foram agrupados todos os quadros que abrangessem possível causa isquêmica. Já os quadros de asma foram colocados separadamente das doenças respiratórias porque foram amplamente citados. Na categoria “outros” foram alocadas todas as patologias que receberam menos de três citações.

As respostas foram distribuídas conforme apresentado na tabela 7, em ordem decrescente pelo número de citações, com o número percentual relacionado ao total das repostas obtidas.

Tabela 7 - Atendimentos que chamaram a atenção.

Posição	Respostas	n	%
1º	Demanda por atestados para faltar ao trabalho	13	9,3
	Dor torácica	13	9,3
	Lombalgia	13	9,3
2º	Doenças Respiratórias	12	8,6
	Cólica Nefrética	12	8,6
3º	Asma	11	7,8
4º	Doenças Infecciosas (Dengue, Malária e etc.)	10	7,1
	Outros (Cefaleia, diarreia, unha encravada e etc.)	10	7,1
5º	Dor abdominal	9	6,4
	Pacientes da Atenção Básica	9	6,4
6º	Idosos	8	5,7
7º	Causas Externas de Morbimortalidade (Mordeduras por animais, traumas e etc.)	7	5,0
8º	Transtornos Mentais	5	3,6
	Situações de Urgência (AVC, arritmia, IRA, Diabetes descompensado e HDB)	5	3,6
9º	Infecções do Trato Urinário	3	2,1
	Total de respostas	140	100,0

Na análise desses resultados, usando o coeficiente de concordância de Kendall, observou-se que não existiu concordância entre os respondentes sobre o atendimento que mais chamou a atenção (W de Kendall = 0,014; $p = 0,3$).

Questão nº5:

“Cite três pontos positivos do estágio.”

A questão foi respondida por 79 alunos (96,3% do total). Foram obtidas 198 respostas (80,5%) de um total de 246 esperadas e que ficaram assim distribuídas conforme apresentado na tabela 8, em ordem decrescente pelo número de citações, com o número percentual relacionado ao total das repostas obtidas.

Tabela 8 - Pontos positivos do estágio.

Posição	Respostas	n	%
1º	Estágio prático	54	27,3
2º	Grande volume de pacientes	49	24,7
3º	Presença do professor	23	11,6
4º	Organização (horário, discussão dos casos e etc.)	22	11,1
	Trabalhar o receituário médico	22	11,1
5º	Contato com doenças prevalentes na comunidade	18	9,1
6º	Reforçar a relação médico paciente	10	5,1
	Total de respostas obtidas	198	100,0

Com estes resultados, usando o teste de Concordância de Kendall, observou-se haver concordância entre as opiniões (W de Kendall = 0,164; $p = 0,00$). Isto posto, foi aplicado o teste de Friedman para verificar como se dá essa concordância. Com isto, foi demonstrado haver uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre as duas respostas mais citadas (estágio prático e cenário com grande volume de pacientes) e as demais respostas, ou seja, houve uma padronização nas respostas obtidas.

Questão n° 6:

“Cite três pontos negativos do estágio”

A questão foi respondida por 63 alunos (76,8% do total). Foram obtidas 106 respostas (43,8%) de um total de 246 respostas esperadas e que ficaram assim distribuídas conforme apresentado na tabela 9, em ordem decrescente pelo número de citações, com o número percentual relacionado ao total das repostas obtidas.

Tabela 9 - Pontos negativos do estágio.

Posição	Respostas	n	%
1°	Estágio curto	31	29,2
2°	Demanda por atestados para faltar ao trabalho	20	18,9
3°	Poucas salas para atendimento	15	4,2
4°	Distância e dificuldade de locomoção	14	3,2
5°	Impossibilidade de acompanhar a evolução de alguns casos	9	8,5
6°	Organização do estágio	7	6,6
7°	Casos muito repetitivos	6	5,7
8°	Poucos atendimentos de urgência	4	3,8
	Total de respostas	106	100,0

Com estes resultados, usando o teste de Concordância de Kendall, observou-se haver concordância entre as opiniões (W de Kendall = 0,086; $p = 0,00$). A aplicação do teste de Friedman para verificar como se dá essa concordância mostrou haver uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre a resposta mais citada (estágio curto) e as duas respostas menos citadas (casos muito repetitivos e poucos atendimentos de urgência).

Questão nº7:

“Cite sugestões para melhora do estágio”:

A questão foi respondida por 43 alunos (52,4% do total). Foram obtidas 58 respostas (70,7%) de um número mínimo de 82 respostas esperadas e que ficaram assim distribuídas conforme apresentado na tabela 10, em ordem decrescente pelo número de citações, com o número percentual relacionado ao total das repostas obtidas.

Tabela 10 - Sugestões para melhora do estágio.

Posição	Respostas	n	%
1º	Aumentar a carga horária	27	46,6
2º	Organização (mudar o horário, fazer plantões)	12	20,7
3º	Aulas teóricas	11	19,0
4º	Mais salas para atendimento	8	13,8
	Total de respostas	58	100,0

Na interpretação dos resultados, usando o teste de Concordância de Kendall, observou-se haver concordância entre as opiniões (W de Kendall = 0,076). A aplicação do teste de Friedman para verificar como se dá essa concordância mostrou haver uma diferença significativa entre a resposta mais citada (aumentar a carga horária) e as demais respostas ($p < 0,05$).

Questão nº 8:

“Como o aperfeiçoamento da formação médica para atendimento, especificamente numa unidade pré-hospitalar fixa, pode gerar impacto na rede de atenção à urgência e emergência?”

Foram obtidas 73 respostas (89,0%) de um total de 82 respostas esperadas e que ficaram assim distribuídas conforme apresentado na tabela 11, em ordem decrescente pelo número de citações, com o número percentual relacionado ao total das repostas obtidas.

Tabela 11 - Impacto do aprendizado na UPA sobre a Rede de Atenção às Urgências.

Posição	Variáveis	n	%
1º	Qualifica o atendimento de urgência	37	50,7
2º	Diminui a superlotação dos serviços terciários	26	35,6
3º	Melhora o fluxo dos pacientes na rede	10	13,7
	Total de respostas	73	100,0

Na interpretação dos resultados, usando o teste de Concordância de Kendall, observou-se haver concordância entre as opiniões (W de Kendall = 0,098). A aplicação do teste de Friedman para verificar como se dá essa concordância mostrou haver uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre a resposta mais citada (qualifica o atendimento de urgência) e a menos citada (melhora o fluxo dos pacientes na rede).

5.3 CRUZAMENTO ENTRE AS RESPOSTAS:

Foi feito um cruzamento entre as respostas dadas pelos alunos que afirmaram pretender trabalhar em urgências logo após a formatura e as das questões abertas.

Em relação aos atendimentos que chamaram a atenção, a comparação foi feita com a demanda por atestados médicos. Não houve relação entre a citação da demanda por atestados e a pretensão ou não de trabalhar em urgências ($P = 0,8$).

A comparação entre os que pretendem trabalhar em urgências e os pontos positivos do estágio foi feita com os dois pontos positivos mais citados: estágio prático e cenário com grande volume de pacientes. Nos dois casos, os valores encontrados não foram significativos, ou seja, os aspectos positivos mais citados independem da pretensão do aluno em trabalhar a curto prazo em serviço de urgência. Obteve-se, no teste do qui-quadrado, valores de $p = 0,8$ e $p = 0,9$ para estágio prático e grande volume de pacientes, respectivamente.

A comparação entre os que pretendem trabalhar em urgência e os pontos negativos do estágio também foi feita em relação aos dois pontos mais citados: estágio curto e demanda por atestados. Na comparação entre os que pretendem trabalhar em urgências e a demanda por atestados o valor encontrado não foi significativo. Isso refletiu que a pretensão ou não de trabalhar em serviços de urgência é independente das respostas dadas ($p = 0,8$).

Quando se comparou a pretensão de trabalhar em urgências e a avaliação quanto à duração do estágio, os resultados foram significativos, isto é, pretender ou não trabalhar em urgências tem alguma relação quanto ao fato do aluno achar o estágio curto ($p = 0,035$).

Finalmente, foi feita a análise comparativa entre a disposição de trabalhar em urgência e

as respostas dadas à oitava pergunta: “Como o aperfeiçoamento da formação médica para atendimento, especificamente numa unidade pré-hospitalar fixa, pode gerar impacto na rede de atenção às urgências?”. Neste caso, os resultados são independentes; isto é, não existe associação entre as respostas dadas a essa pergunta e a pretensão de se trabalhar em urgência ($P = 0,256$).

5.4 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS:

Os dados obtidos propiciaram a elaboração de matriz de competências em urgências clínicas, estruturada da seguinte forma:

- a) Foram definidas as competências a serem adquiridas no estágio de urgências clínicas do internato (Quadro 9);
- b) Foram definidos os conhecimentos necessários para a aquisição das competências e identificadas as oportunidades de aprendizagem durante toda a graduação. Esses conhecimentos foram divididos didaticamente e respeitando os agravos mais frequentes em:

Conhecimentos para atendimento ao doente grave (Quadro 10): Define os conhecimentos necessários para atuar frente a um paciente em risco iminente de morte, independente do diagnóstico, possibilitando a identificação das situações de risco à vida e instalação de medidas de suporte.^{16-18,61}

Conhecimentos para atendimento às patologias mais frequentes no cenário da atenção secundária (Quadro 11): Essas patologias, identificadas nos dados dos atendimentos da unidade e dos alunos, são os quadros algícos de várias etiologias, os traumas menores ou traumas ortopédicos e as doenças respiratórias.⁶²⁻⁶⁴

Conhecimentos sobre condições comuns ao nível secundário da atenção (Quadro 12): São situações habitualmente encontradas no nível secundário da atenção, como os trabalhadores, fornecimento de atestados, entre outras.^{65,66}

- c) Por fim foram definidas as habilidades (Quadro 13) e atitudes (Quadro 14) necessárias para a aquisição das competências e identificadas as oportunidades de aprendizagem durante a graduação.^{16,18,20,61,67}

Quadro 13- Componentes para aquisição de competências gerais no atendimento de pacientes em situações de emergência:

Desempenho longitudinal	ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM	MÓDULO	REF	INTERNATO			PRINCIPAIS ÁREAS COM INTERFACE
				SC	Amb/UTI Enf	UPA	
Habilidades:	Tutorias S Ap	ST	Habilidades amb/enf	UPA			
Execução do Suporte Básico à Vida (SBV)	(1)		(1) (2) (3) (4)		X	X	Cardiologia/Cirurgia Geral
Execução do Suporte Avançado de Vida (SAVC)			(4)		X	X	Cardiologia/Cirurgia Geral
Intubação orotraqueal			(3) (4)		X	X	Anestesiologia
Manuseio de câmbio de O2, máscara de O2 e Ambu			(2) (3) (4)		X	X	Anestesiologia/Pneumologia
Montagem completa			(2) (3) (4)		X	X	Anestesiologia/Enfermagem
Colocação de marca passo externo			(4)		X	X	Anestesiologia/Cardiologia
Execução de acesso venoso e punção arterial			(2) e (3)		X	X	Enfermagem
Identificação de alterações do nível de consciência			(4)		X	X	Neurologia/Semiologia Médica
Identificação de sinais clínicos de sofrimento respiratório	(2)		(3) (4)		X	X	Pneumologia/Semiologia Médica
Reconhecimento de alterações significativas dos sinais vitais			(4)		X	X	Semiologia Médica/Enfermagem
Execução de história objetiva e exame físico dirigido:			(1) ao (6)		X	X	
Neurologia: Escala de Coma de Glasgow, pupilas, déficit motor e sinais de meningismo.			(1) ao (4)		X	X	Neurologia/Semiologia Médica
Cardiovascular: Ausculta, estase de jugular e pulsos.			(1) ao (4)		X	X	Semiologia Médica/Cardiologia
Pulmonar: ausculta e uso de musculatura acessória.			(1) ao (4)		X	X	Semiologia Médica/Pneumologia
Abdominal: Dor, sinais de peritonismo, massas e visceromegalias.			(1) ao (4)		X	X	Semiologia Médica/ Cirurgia geral
Locomotor: edema, sinais de empastamento de punharia, sinais clínicos de fratura e de compressão radicular.			(1) ao (4)		X	X	Gastroenterologia
Gerál: Desidratação, clonose, icterícia, petéquias e palidez cutânea.			(1) ao (4)		X	X	Semiologia Médica/Reumatologia/C. Vascular
Classificação da dor quanto a intensidade.			(1) ao (4)		X	X	Ortopedia/Cardiologia/Neurologia
Interpretação dos exames de laboratório mais comuns em serviços de urgência.	(1) ao (3)	(1)	(1) ao (4)		X	X	Semiologia Médica
Interpretação do eletrocardiograma.	(1)	(3) (4)	(1) ao (4)		X	X	Semiologia Médica
Interpretação do Rx de tórax, do apêndice locomotor e de abdômen em pé e deitado.	(1) ao (6)	(1)	(1) ao (4)		X	X	Anatomia/Radiologia/Ortopedia
Eficiência da:							Pneumologia/C. Geral/Gastroenterologia
• Boa comunicação entre pares, com pacientes e familiares (bad news).	(1) ao (6)		(1) ao (4)	(4)	X	X	Semiologia Médica/Psicologia/Bioética
• Educação dos pacientes para garantir a compreensão de seu plano de tratamento ambulatorial.				X	X	X	Anestesiologia
• Documentação de acordo com o CID, notificação e manutenção de anotações clínicas apropriadas e legíveis.	(1) ao (6)		(1) ao (4)	(4)	X	X	Ética Médica

S. Ap.: Sustentação de aulas. ST: Sustentação de aulas. Enf/amb: enfermeira/ambulatorio. P.A.S. Prática em Atendimento à Saúde. Ref.: Reflexão sobre a prática.

SC: Saúde Coletiva. UTI: Unidade de Terapia Intensiva. URE: Unidade Regional de Emergência. UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

(1) a (6): Oportunidades de aprendizado e respectivo ano da graduação e/ou do internato, encontradas no currículo 2012 da FCMMS disponível no ambiente Moodle.

(1) a (6): Suprimentos para aplicação final com respectivo ano de graduação e/ou internato.

6 DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste trabalho permitem postular que o estágio na subárea de Emergências Clínicas oferecido no 6º ano da graduação foi avaliado positivamente pelos alunos que o cursaram de janeiro a setembro de 2012 e, assim, procedeu-se à criação de modelo curricular próprio, visando sua análise futura pelo colegiado do curso e possível incorporação ao projeto pedagógico do curso.

Uma das formas de avaliação de projetos, bastante utilizado em ambientes corporativos após treinamentos e desenvolvimentos vários, traduz-se pelo modelo criado por Kirkpatrick. Nele, a avaliação se processa em quatro níveis. No primeiro é medida a reação dos alunos em relação ao curso, se gostaram e se pretendem colocar o aprendizado em prática. No segundo é avaliado o aprendizado adquirido que é importante para validar os seus objetivos. No terceiro é avaliado se o que foi aprendido pelo participante está sendo aplicado na realização do seu trabalho. No quarto é medido o impacto institucional do treinamento do aluno. Não só apresenta a visão do participante, mas, de como a instituição vê o impacto.⁶⁸ No presente trabalho foi avaliado apenas o primeiro nível. Acredita-se que a reação positiva ao treinamento, evidenciada nessa pesquisa, é importante, porém não necessariamente garante melhor aprendizagem, o que deverá ser analisada futuramente, relacionando-a com a matriz de competências aqui proposta. Por outro lado, uma reação de insatisfação certamente reduz as possibilidades de aprendizagem.

Viu-se que os alunos tiveram a oportunidade de entrar em contato com as patologias mais comuns da demanda local, pela comparação entre os atendimentos realizados na UPA durante uma semana do ano de 2013 e aqueles realizados pelos alunos durante o mês de maio de 2012. Ocuparam posição de destaque, quanto à frequência, as doenças respiratórias, os quadros algícos e os traumatismos leves. Uma pesquisa sobre a demanda no PA do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, no primeiro semestre de 2009, mostrou que os principais motivos que levaram o usuário a procurar o serviço foram: dor, trauma/lesão e problema respiratório.⁶⁹ Observa-se, portanto, uma similaridade entre os diagnósticos.

O percentual de mulheres na turma de 2012 da FCMS (54,72%) confirma a tendência da feminização da Medicina. Em 2012, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) tinha, em seus registros, 51.070 médicos com 29 anos de idade ou menos. Desses, 54,5% são mulheres e 45,5% são homens. A maior porcentagem de mulheres na Medicina pode promover uma redução da disponibilidade de médicos em atividade, uma vez que as mulheres

médicas têm tendência a trabalhar um menor número de horas e assumirem menor volume de serviços, além de fazerem menos plantões.⁷⁰

Em 2010, o CREMESP publicou em seu *site* um parecer da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), respondendo a uma consulta da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, a respeito dos motivos da carência de médicos pediatras, especialmente em serviços de urgência. Um dos motivos citados pela sociedade foi que, na época, 80% das vagas na residência de pediatria eram ocupadas por mulheres. Essas, quando no mercado de trabalho, limitam suas atividades ao terem seus próprios filhos e passam a não dar plantões, optando por trabalhar em atividades de tempo parcial.⁷¹

A tendência de feminização da Medicina não se concretizou na amostra estudada. No entanto isto não deve ter influenciado nos resultados obtidos uma vez que as perguntas eram mais relacionadas ao impacto sobre o aprendizado no estágio frequentado.

A quantidade de alunos que participou da pesquisa (82 de um grupo de 106) pode ser considerada significativa, por se tratar de uma amostra de conveniência, isto é, corresponde a todos os alunos que haviam cumprido o estágio na UPA até o momento em que foi encerrada a coleta de dados. A quantidade de respondentes às questões abertas variou de 43 a 79 (52,4% a 96,3%), correspondendo a 43,8% a 89,0% de respostas obtidas, já que as possibilidades de respostas variaram conforme a questão.

Todos os alunos concordaram que o estágio contribuiu para sua formação e que foi condizente com suas expectativas, embora de forma parcial em uma parcela de alunos (19,5% concordam parcialmente sobre a contribuição para a formação e 25,6% sobre o alcance das expectativas em relação ao estágio).

Nessas duas perguntas, as respostas foram categorizadas de acordo com a Escala de Likert. Nessa escala as respostas variam segundo o grau de concordância dos respondentes com uma afirmação. Podem ser utilizadas escalas de quatro a onze categorias, mas as de quatro e cinco são as mais utilizadas. Acredita-se que o uso de cinco categorias pode induzir o respondente a escolher a resposta do meio, enquanto a escala de quatro pode estimulá-lo a optar por uma direção.⁷² Polêmicas a parte, preferimos usar a escala com quatro alternativas para justamente comprometer um posicionamento definido.

Os alunos também mostraram disposição para trabalhar na área de urgência após a formatura. Essa tendência encontra eco em pesquisas relacionadas ao tema.^{26,73} O curso de medicina é caro e longo. Mesmo para os alunos que estudam em escola pública, os gastos com livros, congressos, simpósios, cursos extracurriculares, entre outros costumam ser altos.

Alguns alunos têm o compromisso de quitar a dívida com o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e novas obrigações financeiras costumam ser adicionadas às prévias após a formatura.⁷³

6.1 ATENDIMENTOS QUE CHAMARAM A ATENÇÃO:

A análise dos atendimentos que mais chamaram a atenção dos alunos não mostrou concordância entre os respondentes. Isso pode ser explicado pela diversidade de casos a eles apresentados, o que é um dos objetivos do estágio. Apresentamos, a seguir, uma análise das principais respostas obtidas.

A- Atestados Médicos:

A demanda por atestados, com várias finalidades, faz parte do dia a dia dos médicos. Em serviços de urgência esta situação pode ser considerada um importante ponto de tensão na relação entre os profissionais e a população. O médico se sente enganado, diante de um paciente que insiste em receber atestado para justificar sua falta no trabalho e estando, ao menos aparentemente, em boas condições de saúde. O paciente, por sua vez, ao ver seu pedido negado, considera que o médico não reconheceu o seu sofrimento e sua condição de doente e se sente lesado.⁷⁴

O estágio constitui uma oportunidade de trabalhar essa questão, pautada nas normativas do CFM para a emissão dos atestados médicos. Para o CFM, o atestado médico é parte integrante do ato médico. É também um direito do paciente, não podendo implicar em majoração dos honorários médicos. Deve ser documentado no prontuário do paciente e também ser escrito de forma legível e clara.⁶⁶ A emissão de atestados de forma inadequada motiva questionamentos éticos, administrativos e jurídicos. Também expõe o médico e a profissão médica e faz a sociedade vê-los cada vez mais com maior desconfiança.⁷⁵

Do ponto de vista do ensino, esta é uma questão relevante que vem sendo trabalhada na atividade de Reflexão Sobre a Prática Médica, que acontece no quarto ano do curso. O estágio vem propiciar a discussão aplicada sobre o tema, dessa vez no campo da prática.

B- Dor Torácica:

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem uma importante causa de morbidade no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes ocorridas em 2007. As Síndromes

Coronarianas Agudas ocupam posição de destaque nessa casuística. Com os avanços no tratamento dessas síndromes esses números tendem a diminuir.^{40,41} Para que isso ocorra é necessário um atendimento rápido e qualificado na chegada do paciente aos serviços de urgência. Enquanto no hospital terciário o aluno atende o paciente já diagnosticado, na UPA ele tem a oportunidade de ver a apresentação inicial do quadro e aplicar o protocolo apropriado para essa enfermidade.

C- Manuseio e tratamento de dores:

Os quadros de dor são situações recorrentes em serviços de urgência, principalmente as dores crônicas, em situação de exacerbação, como as dores musculoesqueléticas, sendo necessário que o aluno saiba manusear o quadro agudo e conhecer o tratamento de manutenção, farmacológico e não farmacológico e orientar o paciente para a continuidade do tratamento.⁷⁶

Acredita-se que em alguma época da vida, 70 a 85% de todas as pessoas apresentarão ao menos um episódio de lombalgia.⁷⁷ Quanto à cefaleia, acredita-se que 80% da população apresentarão este sintoma numa dada fase da vida. Estima-se que 76% das mulheres e 57% dos homens tenham ao menos um episódio de cefaleia por mês.⁷⁸ A calculose urinária, por sua vez, acomete 5% a 15% dos indivíduos em algum momento da vida e com taxas elevadas de recorrência. Nessa situação específica, o quadro de dor é bastante exuberante e a intervenção terapêutica deve ser precoce.⁷⁹

Os quadros de dor abdominal também são bastante comuns em serviços de urgência e podem ser causados por várias condições clínicas como doenças musculares, ginecológicas, gastrointestinais, urológicas, parasitárias e psicossomáticas entre outras. Em algumas situações podem simular abdômen agudo. Nos EUA, os quadros abdominais representam 7,5% dos atendimentos em serviços de urgência e 50% destes necessitam de algum tipo de intervenção médica.⁸⁰

O atendimento aos pacientes possibilita aplicar a escala de dor, fazer o diagnóstico diferencial, reconhecer os sinais de gravidade e discutir as formas de analgesia.

D- Doenças Respiratórias:

As doenças respiratórias ocupam posição de destaque entre as principais causas de internação no SUS. Estão cada vez mais frequentes em função do tabagismo, da poluição atmosférica, das condições ambientais inadequadas e baixo nível sócio econômico.⁸¹ O estágio propicia o exercício diagnóstico das exacerbações agudas, a aplicação dos conhecimentos referentes ao tratamento inicial e a identificação de critérios de internação. O tratamento

ambulatorial, a orientação quanto às medidas de prevenção e promoção de saúde, em especial o abandono do tabagismo e o encaminhamento para os programas de controle da asma e bronquite também puderam ser trabalhados.

E- Doenças Infecciosas:

No Brasil, as hepatites virais, a leptospirose, as meningites, a esquistossomose, a leishmaniose e a malária ocorrem de forma persistente. Em 1980 surgiu a AIDS. O país convive com uma epidemia com taxa de prevalência da infecção de 0,6% na população de 15 a 49 anos. Em 1982, a dengue foi reintroduzida no cenário das doenças transmissíveis em função principalmente das mudanças sociais e ambientais propiciadas pela urbanização acelerada levando a multiplicação dos recipientes propícios ao desenvolvimento do *Aedes aegypti*. Em 1993 foram detectados os primeiros casos de hantavirose. Em 2008 e 2009, observou-se nova inclusão da febre amarela silvestre. Também em 2009, ocorreram os primeiros casos da influenza pandêmica (H1N1).⁶⁵

Algumas dessas doenças estão associadas às flutuações climáticas sazonais que produzem um efeito na dinâmica das doenças vetoriais, como por exemplo, a maior incidência da dengue no verão e da malária na Amazônia durante o período de estiagem. Os eventos extremos introduzem considerável flutuação que podem afetar a dinâmica das doenças de veiculação hídrica, como a leptospirose, as hepatites virais, as doenças diarreicas, etc. Essas doenças podem se agravar com as enchentes ou secas que afetam a qualidade e o acesso à água.⁸²

Em todas as situações as ações de vigilância e prevenção devem ser priorizadas. Entende-se, porém, que a melhoria na qualidade da assistência médica, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, associada ao encaminhamento e adoção de medidas de controle indicadas em tempo hábil, desempenha papel importante na redução de muitas dessas doenças.⁶⁵

Essas condições são, portanto, comuns na UPA e também chamaram a atenção dos alunos. Tivemos a oportunidade de atender portadores de dengue, malária e AIDS. O serviço de saúde do município dispõe de protocolos e fluxos próprios para essas situações, que foram importantes para o aprendizado. Nessas ocasiões o trabalho com a equipe de enfermagem do serviço foi bastante proveitoso, uma vez que além do atendimento médico, é necessário também o preenchimento das fichas de notificação e a realização da prova do laço (nos casos de suspeita de dengue).

F- Pacientes da Atenção Básica:

A utilização indevida dos serviços de urgência é extremamente comum nos serviços públicos e privados. Muitos pacientes que lá estão são portadores de doenças crônicas que necessitam de acompanhamento no nível primário do atendimento. Podem ser considerados os desgarrados da atenção primária. Acredita-se até que não haja uma relação linear entre o uso dos serviços de urgência e a ausência de vagas ou de atendimento da rede básica. Deve-se ter o cuidado de não discriminar esse paciente pelo uso inapropriado do sistema de saúde e nunca se deve negar o atendimento.²⁸ Ao contrário, pode-se aproveitar o atendimento inicial ao paciente para avançar na exploração e elucidação do seu problema e até criar vínculos provisórios entre este e a equipe de saúde do serviço, até que ele consiga atendimento na rede básica.⁸³

Ao médico do serviço público cabe também o papel de orientar o paciente a utilizar de forma adequada os serviços do SUS. Este enfoque é dado durante o estágio. O aprendizado oferecido no módulo PAS (1º ao 4º anos) e na área de Saúde Coletiva no internato, em que o aluno vivencia todos os serviços de saúde do município, facilita esse processo.

G- Atendimentos aos pacientes idosos:

O Brasil será, até 2015, o sexto país em número de idosos no mundo, com um número estimado de 32 milhões de idosos. O envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças crônicas e maior procura pelos serviços de saúde. Isso reflete também nos serviços de urgência.⁸⁴ Assim a presença destes pacientes nos serviços de urgência será crescente com o passar dos anos e em situações de maior complexidade em função das comorbidades e a educação médica precisa se apropriar desse tema.

Muitos idosos que vão até a UPA o fazem desacompanhados, outros não têm um seguimento ambulatorial adequado e ainda fazem uso dos medicamentos contínuos de forma incorreta. O treinamento para o atendimento a esse tipo de paciente é importante, independente do cenário onde ele se encontra.

H- Causas externas de morbimortalidade:

Respondem pela maioria dos casos de baixa e média complexidade que são atendidos na UPA. Representam um conjunto de agravos à saúde que provocam algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar ao óbito. Constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira na faixa etária 0 a 40 anos e são consideradas um problema de saúde pública. São decorrentes das causas ditas acidentais: acidentes de trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos - as causas intencionais

(violências): agressões e lesões autoprovocadas.⁸⁵ São encontradas na CID-10, Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade: V01 ao Y98.

Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.⁸⁵ São encontrados na CID-10, Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas: S00 ao T98.

A incidência crescente desses agravos à saúde fez o Ministério da Saúde criar, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O órgão realizou, até agora, três inquéritos em alguns serviços de urgência credenciados pelo SUS. A cidade de Sorocaba esteve presente nos dois primeiros. Participaram do primeiro o inquérito, o Conjunto Hospitalar, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia e uma Unidade Pré-Hospitalar. No segundo (Quadro 14), uma segunda Unidade Pré-Hospitalar também participou. A população de estudo foi composta pelas vítimas de acidentes e violência que procuraram os serviços de urgência, durante 30 dias consecutivos. Foram coletados os dados dos atendimentos realizados em plantões de 12 horas e em turnos alternados (diurno/noturno).^{86,87} Observa-se que metade dos atendimentos resultou em alta domiciliar (Quadro 15).

Quadro 15 - Atendimentos por acidentes e violências em serviços de urgência no município de Sorocaba.

	2010	
	n	%
Atendimentos	843	100,0
Acidentes	705	83,6
Violências	38	16,3
Natureza da lesão		
Corte/perfuração/laceração	228	30,7
Entorse/luxação	157	21,1
Contusão	137	18,4
Fratura	93	12,5
Politraumatismo	50	6,7
Evolução para ALTA domiciliar	437	58,8

Fonte: Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

O atendimento a esses tipos de agravos à saúde ocorre diariamente na UPA. Estes são, em sua maioria, de baixa e média complexidade, decorrentes de traumas menores (traumas ortopédicos) e os pacientes chegam por demanda espontânea. Aqueles atendidos no local do evento pelo SAMU são comumente conduzidos ao serviço terciário. Nessas situações é trabalhado a importância da documentação da lesão e seu mecanismo para que medidas preventivas possam ser tomadas. O atendimento possibilita também a aplicação dos princípios da avaliação inicial do trauma, identificação dos critérios de gravidade e encaminhamento ao serviço de maior complexidade quando necessário.

I- Outros (Miscelânea):

Outras patologias também foram citadas e todas foram importantes para o aprendizado, uma vez que não houve concordância nas respostas. Isto é, para cada aluno os atendimentos que chamaram sua atenção assumem critérios individuais que podem se relacionar com a variabilidade da demanda neste cenário.

Ressalte-se que em todos os atendimentos são trabalhados os diagnósticos diferenciais, tratamento inicial, exames, critérios de gravidade e de internação, tratamento domiciliar e medidas de prevenção e promoção de saúde.

As situações de urgência, ainda que pouco frequentes nesse cenário, possibilitam ao aluno participar da avaliação e tratamento inicial, instalação de medidas de suporte e da transferência, de forma responsável, para o serviço terciário. As lacunas do aprendizado nessas situações podem ser completadas durante o estágio no serviço terciário.

6.2 PONTOS POSITIVOS DO ESTÁGIO:

A- Estágio prático:

O fato do estágio ser prático foi o ponto que mais agradou aos alunos.

Do modelo curricular adotado na FCMS, faz parte a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Nela, os alunos atuam em pequenos grupos do primeiro ao quarto ano e são incentivados a desenvolver a boa comunicação e a trabalhar de forma independente. Isso pode produzir resultados positivos no campo da prática,⁸⁸ o que foi possível observar. O aluno, no decorrer do estágio, passa a assumir um papel ativo no atendimento ao paciente e notamos que ele gosta dessa função, confirmado por sua reação positiva a este treinamento prático.

B- Cenário com grande volume de pacientes:

As UPAs recebem pacientes referenciados pela atenção básica e outros atendidos inicialmente pelo SAMU. Porém, um maior número de pacientes procura o serviço espontaneamente. Trata-se, portanto, de um cenário bastante diversificado e com grande número de atendimentos permitindo que o aluno tenha contato com as doenças prevalentes na comunidade. Isto permite ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da vida, resultando em um aprendizado direcionado às necessidades de saúde dos indivíduos, acatando-se o disposto nas DCN.⁶

C- Presença do professor:

No local onde o estágio é realizado há equipe médica própria. Isso faz com que não haja preocupação com a fila de espera por atendimento. Assim cada caso atendido é depois discutido com todos os alunos do grupo. Em algumas situações os profissionais do serviço pedem ajuda para resolução de um ou outro caso. Outras vezes somos nós que pedimos auxílio. Isso estimula a relação ensino-serviço e agrega valor à aprendizagem.

Observamos que na unidade nosso papel vai além do ensino. Somos também responsáveis pelos alunos e fazemos a ligação entre a faculdade e a unidade. Algumas questões são discutidas e resolvidas em comum acordo com os gestores. Assim, embora tenhamos entre nossos residentes alguns que já trabalharam na unidade, eles não estão autorizados a começar os atendimentos sem a nossa presença. Também só deixamos a unidade depois que os alunos vão embora. Algum problema pertinente ao aluno também é reportado a nós. Esses foram poucos e relacionados a falta de vagas para estacionamento e uso de celulares nos consultórios.

Procuramos estimular a parceria com a unidade, mas esta ainda precisa avançar. Acreditamos que a possível avaliação da presença dos alunos e seu desempenho pelos usuários, funcionários e gestores (da unidade e da saúde) possa contribuir para isso. Essa avaliação não foi feita na presente pesquisa por se tratar de uma situação ainda bastante recente, mas é uma meta ser cumprida em pesquisa futuras.

D- Trabalhar o receituário médico / Organização do estágio:

A possibilidade de treinamento com prescrições de medicamentos para uso no local ou domiciliar agradou aos alunos. O aluno também teve oportunidade de educar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos e onde adquiri-los. Medidas de promoção de saúde como dieta, atividade física e abandono do tabagismo também foram trabalhadas.

É necessário que a escola desenvolva a aprendizagem da terapêutica adequada e também a construção da prescrição médica. Isto deve ter um caráter longitudinal e em todos os cenários de formação. Porém, um estágio iminentemente prático é mais propício para esse aprendizado, o que já foi apontado na literatura.⁸⁹

Alguns pontos também citados e relacionados à organização do estágio, como a possibilidade do aluno de atender e depois discutir cada caso, prescrever um medicamento e poder ver o resultado imediato (dinâmica), proporcionam aquisição da autonomia no atendimento ao paciente. Esta pode ser vista com o passar dos dias. Se no primeiro dia precisamos ensiná-los a prescrever um analgésico, nos últimos precisamos, em muitas ocasiões, apenas conferir suas sugestões de prescrição.

E- Reforçar a relação médico-paciente:

Em serviços de urgência, a relação médico-paciente assume características peculiares. Temos muitas vezes um paciente fragilizado em função do sofrimento que a doença lhe traz e que reage, muitas vezes, com desconfiança em relação ao atendimento oferecido. A imagem dos serviços de urgência que todos têm em mente, e que quase sempre é real, é das muitas e várias necessidades dos pacientes e da carência de recursos do serviço público de saúde para suprir tais necessidades. O aluno pode perceber que o atendimento humanizado rompe essa desconfiança e facilita o entendimento do paciente em relação à estratégia de tratamento proposta.

6.3 PONTOS NEGATIVOS E SUGESTÕES PARA MELHORA:

A- Duração de estágio:

O ponto negativo significativamente mais citado foi o da duração do estágio, considerada muito curta. Essa queixa foi mais comum e significativa entre aqueles que pretendem trabalhar em urgência, o que pode ter influenciado na resposta. Assim, apesar da duração ter sido apontada como um ponto negativo do estágio, ela na verdade, pode ser interpretada como um item favorável e elogioso.

Houve sugestões para o aumento da carga horária. No entanto, a duração parece ser apropriada, pois, permite que o aluno conheça o cenário, entre em contato com as patologias mais prevalentes na comunidade e aprenda o fluxograma do serviço. A comparação entre os dados do atendimento na UPA, durante uma semana típica do ano de 2013 e os dados dos

atendimentos feitos pelos alunos no mês de maio de 2012, mostram que eles tiveram a oportunidade de ver as doenças mais comuns no local, conforme já anteriormente discutido.

B- Demanda por atestados:

Esse ponto, agora citado como negativo, mostra o aspecto ambíguo da questão e a importância de ser explorado durante o estágio, já que faz parte do cenário.

C- Falta de salas para a o atendimento:

Essa queixa também foi referida em uma pesquisa sobre a presença do aluno no cenário da atenção básica reforçando a necessidade do SUS de se preparar para receber os alunos em seus espaços.^{53,54}

Essa situação, quando ocorreu, não foi motivo para suspensão das atividades. Os atendimentos foram realizados em outros locais da unidade, em comum acordo com os profissionais do serviço, como consultórios da ala de pediatria ou sala de curativos.

D- A distância da UPA em relação à faculdade:

Esse fato não tem sido comprometedora na frequência dos alunos e também foi referido em pesquisa sobre a presença deles na atenção básica, com sugestão para que se estude formas que garantam esse deslocamento.⁹⁰

E- A impossibilidade de acompanhar a evolução de alguns casos:

Isso ocorre porque alguns pacientes não retornam para a reavaliação após a medicação, outros não podem ser revistos em função do horário do estágio e são passados para algum profissional do serviço e, por fim, os casos que precisam ser internados são encaminhados para a Santa Casa de Sorocaba. Esses últimos são referenciados de acordo com o fluxograma do local e o aluno muitas vezes lamenta o fato de não poder acompanhar esse paciente, já que este não é o hospital escola.

F- Organização do estágio:

Algumas questões relacionadas à organização do estágio foram lembradas. Para alguns o horário foi ruim, outros acharam que houve poucas aulas e poucas discussões de casos. Houve sugestões para que o estágio fosse realizado no período da tarde ou então que a carga horária fosse cumprida através de plantões. No entanto, estas sugestões não pareceram comprometer a qualidade do estágio.

Os alunos também pediram por aulas teóricas. A sustentação teórica pode ser trabalhada, respeitando o limite de 20% da carga horária do estágio, como recomendam as diretrizes curriculares nacionais. Na verdade, os conteúdos teóricos são discutidos na sua aplicação aos casos atendidos, mas alguns alunos se ressentem desse espaço isolado na carga horária, o que não nos parece muito condizente com a característica prática do estágio e a aplicação de metodologias ativas.

G- Casos muito repetitivos / Poucos atendimentos de urgência:

Os alunos reclamaram também da repetição de algumas afecções e da ausência de patologias de maior complexidade. Muitas doenças estão sujeitas à sazonalidade e, também, a alta incidência dos casos relacionados às causas externas de morbimortalidade, levam à recorrência de alguns quadros.

Quanto à gravidade, em prontos socorros de grandes hospitais os pacientes com queixas crônicas (e não agudizadas) respondem por 65% do movimento.²⁸ Nas UPAs esse percentual é ainda maior. Dados do Ministério da Saúde indicam que as UPAs resolvem 97% dos casos que lá chegam, o que pode ser atribuído ao grau de complexidade dos mesmos.⁹¹ Os casos que são atendidos são os típicos deste cenário. Por isso mesmo é importante a complementaridade deste estágio com o da URE, na qual são atendidos casos mais graves.

A UPA vive o processo de instalação do acolhimento com classificação de risco. A inserção do aluno nessa atividade, em comum acordo com os responsáveis pelo serviço, poderá ser de grande valia. Além do aprendizado, ele poderia triar alguns casos mais interessantes para serem atendidos pelos colegas, sob supervisão.

6.4 IMPACTO DO APRENDIZADO NA UPA, NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

As respostas dadas à última questão sobre o impacto do aprendizado na UPA na rede de atenção às urgências mostraram que o aluno se apropriou do cenário. É fato que um atendimento qualificado nas fases iniciais das situações de urgência contribui para a diminuição da mortalidade e das sequelas, daí a implantação, pelo governo federal, das linhas do cuidado.³⁶

A diminuição da sobrecarga dos serviços terciários, que constituiu um dos objetivos da implantação das UPAs, foi observada em um estudo realizado no Hospital Geral Pedro Valadares, em Jequié, na Bahia. Após a inauguração de uma UPA no município observou-se uma redução dos pacientes em situação de urgência relativa e não urgente.⁹² Há que se pensar, no entanto, que a UPA pode estar, na realidade, “desviando” pacientes da atenção básica, sem a

mesma resolutividade, uma vez que não faz o seguimento dos mesmos.²⁸

Por fim a aplicação correta da referência e contra referência melhora o fluxo do paciente no sistema. A referência implica no encaminhamento do paciente a um serviço de maior complexidade. A contra referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do paciente é mais simples. Essa ferramenta garante um dos princípios do SUS que é o da integralidade. Essa supõe o acesso a ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação.⁹³

6.5 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS:

A contribuição dos alunos no processo avaliativo do estágio propiciou a construção de modelo curricular, representado por uma matriz, desenhada por competências a serem adquiridas pelos alunos, respeitando as DCN, o atual contexto da assistência às urgências no país, o projeto pedagógico do curso, os dados sobre a demanda de pacientes e a literatura pertinente a cada agravo à saúde. A proposição desse modelo e o oferecimento de oportunidades de aprendizagem de forma longitudinal, obviamente, extrapolou o nível secundário de atenção. Tomado, no início deste estudo como referencial para o modelo curricular a ser proposto, foi substituído, com o desenrolar do processo, por um desenho englobando todos os anos da graduação e as diferentes atividades pedagógicas oferecidas aos alunos de medicina de Sorocaba. No entanto, é ainda desejável que esta construção seja ampliada para atender com mais precisão todos os níveis de atenção à saúde. Espera-se que isto possa acontecer com a discussão e análise dos professores das diferentes áreas aqui envolvidas, já que o presente estudo se restringiu mais ao nível secundário, tomado de forma estratégica, uma vez que representa o campo de atuação da pesquisadora/professora e dos internos envolvidos na pesquisa.

Um modelo de ensino de urgências, de forma longitudinal ou vertical, já foi descrito em outros estudos. Nos Estados Unidos da América foi idealizado pela *Society for Academic Emergency Medicine*, possibilitando que o aprendizado do aluno vá do entendimento do funcionamento do telefone 911, no primeiro ano, à instalação de medidas de suporte à vida no quarto ano.⁶⁷ Em 2010, foi a vez da *International Federation for Emergency Medicine* enfatizar a necessidade das oportunidades de aprendizado serem oferecidas de forma longitudinal, desde o início dos anos pré-clínicos, e de forma variada.⁹⁴

Em 2009 foi publicada uma pesquisa realizada com todas as escolas de medicina da Alemanha para saber como ocorre o ensino de emergência na graduação médica. Na maioria das escolas o ensino está ligado à disciplina de anesthesiologia. Observou-se que este ocorre de forma longitudinal em 49% das escolas, com o Suporte Básico de Vida (SBV) sendo oferecido nos primeiros anos. O ensino através de palestras e estágio prático ocorre em 95% das escolas. A simulação é obrigatória em 60% delas. O *Problem Based Learning* (PBL) é adotado por 29% das escolas e ocorre um mínimo de dois casos relacionados à emergência em cada ano da graduação.⁹⁵

No Brasil, o ensino de urgência na graduação é motivo de preocupação das entidades representativas do ensino e da classe médica. Em março de 2013, representantes dos Conselhos de Medicina de todo país, reunidos em Belém, discutiram a possibilidade da inserção do ensino de urgência de forma linear durante o curso. Assim, as grandes áreas da Medicina seriam sete: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde da Família, Saúde Mental e Medicina de Urgência.⁹⁶

Diante desses fatos, vimos na construção da matriz, a possibilidade da inserção do ensino de urgências clínicas no currículo da FCMS, de forma longitudinal. O modelo curricular adotado pela instituição é favorável e isso já é feito de alguma forma. Pode ser ampliado em alguns cenários (Unidade Pré-hospitalar móvel) e sistematizado conforme proposta na matriz apresentada.

A inserção dos temas relacionados à urgência, desde os anos iniciais da graduação, em graus crescentes de complexidade, facilitará a aquisição das competências propostas. Quanto mais preparado (em suas vivências) o aluno chegar ao estágio, melhor deverá ser seu aprendizado.

O eixo estrutural do ensino da urgência clínica seria representado pelas sessões de tutoria. Os temas abordados são depois reforçados e ampliados nas outras atividades como as sustentações teóricas e aplicadas e nas habilidades. Os treinamentos das habilidades das medidas de suporte à vida (1º ano), nos laboratórios de simulação e no ambiente da urgência (URE) são de importância relevante nesse processo e precisam ser constantemente revisitados.

No internato, que ocorre no quinto e sexto ano, as diversas áreas do conhecimento se tornam importantes aliadas no ensino da urgência. Por exemplo, quando se propõe um tema como a analgesia em paciente oncológico ou não, pode se promover a articulação entre a farmacologia, oncologia e anesthesiologia. Uma atividade realizada de forma integrada agrega conhecimentos.

Os módulos de PAS e a área de Saúde Coletiva no Internato, pelo fato de também estarem inseridos no sistema de saúde do município, contribuem para o aprendizado na UPA. Aqui também pode ser possível a aplicação de atividades em conjunto, principalmente no que se refere ao treinamento para o enfrentamento dos surtos de doenças infecciosas.

Esse desenho permite que o aprendizado ocorra de forma recorrente, utilizando variadas metodologias de ensino e em diferentes cenários de aprendizagem. Possibilita também uma certa flexibilidade para sua execução, podendo ocorrer em qualquer ano. Porém é necessário que isso aconteça de forma sistematizada e formalizada para evitar a sobreposição e repetição excessiva de alguns temas em detrimento de outros.

Vale lembrar também que, todo modelo de ensino, para ser certificado, traz consigo a necessidade da avaliação do aluno. A avaliação formativa se torna a mais adequada quando se fala num currículo por competências. Esta deve ser feita de forma a constituir mais uma oportunidade de aprendizado, permitindo ao aluno desenvolver ainda mais suas competências.⁹⁷

Por outro lado, a avaliação do processo de como se dá o ensino-aprendizagem durante o estágio nas subáreas do internato e em todos os demais componentes deve ser contínua para sua permanente correção e atualização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do aluno no nível secundário de atenção a urgências é recente e não foi encontrado nenhum trabalho nacional semelhante. Por outro lado, a preocupação com o ensino de urgência na graduação é evidente e iniciativas voltadas para seu aprimoramento parecem ser cada vez mais necessárias, visto que um aluno qualificado pode contribuir para o aumento da resolutividade desses serviços.

Os resultados da pesquisa mostraram que os alunos aprovaram o estágio, reconheceram a importância dele na sua formação e também demonstraram disposição em trabalhar em urgência após a graduação. Eles se apropriaram do cenário da atenção secundária: as patologias que chamaram a atenção estão entre as mais frequentes em serviços de urgência. Por outro lado, as dificuldades apresentadas, como o contato com o paciente que solicita um atestado para supostamente faltar ao trabalho e a demanda excessiva de pacientes sem necessidade aparente de atendimento médico são as mesmas que tem o médico plantonista e fazem parte da rotina desses serviços.

Vale lembrar que essa foi a percepção de uma turma de alunos e os resultados não devem ser generalizados, mas por sua abrangência podem ser considerados como bastante representativos.

A opção pela aplicação de testes estatísticos em detrimento de uma análise meramente descritiva ocorreu pela busca de maior segurança na avaliação dos resultados. Todos eles vieram ao encontro da hipótese de que o estágio seria bem avaliado, mas novos desdobramentos foram agregados, como a questão do estágio ser prático e o grande volume de pacientes. Mesmo o ponto negativo do estágio ser curto ganhou uma dimensão estatística significativa ao ser comparada com os poucos atendimentos de urgência e a repetição dos casos, especialmente entre os alunos que afirmaram pretender trabalhar na área futuramente.

O estágio na UPA mostrou ser útil para o aprendizado e também cumpre o papel das escolas médicas de preparar seus alunos para atuar em todos os níveis de atenção do SUS. É necessário, porém, que esses cenários estejam organizados para recebê-los. Uma unidade estruturada propicia um melhor aproveitamento do estágio. Além das UPAs, outros pronto socorros “porta aberta”, em hospitais menores, também podem cumprir essa função. O aprendizado no nível secundário pode ser considerado como complementar ao aprendizado no nível primário e terciário.

A construção das matrizes de competências foi a maneira encontrada para propor um modelo de ensino relacionado à urgência. O currículo da FCMS, desenvolvido através de módulos e usando diferentes estratégias de ensino-aprendizagem é favorável à construção do aprendizado de urgência desde os anos iniciais da graduação, promovendo a longitudinalidade da abordagem desta área. De certo modo, tal abordagem já ocorre na FCMS, porém acreditamos que possa ser melhorada com a sistematização aqui apresentada.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir com o currículo da FCMS e também ser útil para todos os professores, de outras escolas de Medicina, que atuam junto aos alunos desde o início da graduação ou que estão envolvidos diretamente com o ensino de urgência. A semente aqui lançada precisa produzir frutos, o que se almeja com as publicações (uma no prelo e outras duas em processo de submissão). Além disso, novos trabalhos relacionados ao tema poderão ser úteis para, por exemplo, saber a percepção dos funcionários e usuários da unidade sobre a presença dos alunos e aprofundar algumas questões que chamaram a atenção dos mesmos (atestados médicos, idosos e desgarrados da atenção básica). Por fim, precisamos instigar a universidade, seus professores e os gestores de saúde a abraçar e desenvolver essas ideias.

8 CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos e sua análise conclui-se que:

- o estágio na UPA Zona Oeste foi bem avaliado pelos alunos do sexto ano do curso de Medicina da FCMS de Sorocaba, comprovando a reação positiva ao programa proposto;
- como desdobramento desta avaliação, a formulação de matriz curricular voltada para a aprendizagem de urgências clínicas em adultos leva a proposição da longitudinalidade deste tema no currículo médico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 104-5.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e outras providências [Internet]. Brasília: 1990 [acesso em 08 ago. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
3. Aguiar AC. Educação médica: a ABEM na interlocução entre Academia e Governo. Rev Bras Educ Méd. 2006;30(2):98-101.
4. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III Fase relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel.; 2000.
5. Barbieri FB. A Rede UNIDA e o movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2006. Mestrado em Saúde Coletiva.
6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 38.
7. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):383-93.
8. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(3):333-46.
9. Polimeno MCAM. Construindo o currículo no cotidiano de um curso de graduação em medicina. Interface. 2010;14(35):971-2.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement teaching. New York: The Carnegie Foundation; 1910. Bulletin n.4, p. 53-5.
11. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(4):492-9.
12. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Projeto Pedagógico (PP) do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba do Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB) PUC-SP. São Paulo: PUC-SP; 2010.

13. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 35.509, de 18 de agosto de 1992. Reorganiza o Conjunto Hospitalar de Sorocaba, da Secretaria da Saúde [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado do Governo; 1992 [acesso em 18 mar. 2013]. Disponível em:
<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1992/decreto%20n.35.509,%20de%2018.08.1992.htm>. Consulta feita em: 18/03/2013.
14. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(1):105-11.
15. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
16. Manthey DE, Ander DS, Gordon DC, Morrissey T, Sherman SC, Smith MD, et al.; Clerkship Directors in Emergency Medicine (CDEM) Curriculum Revision Group. Emergency medicine clerkship curriculum: an update and revision. *Acad Emerg Med*. 2010;17(6):638-43.
17. Frank JR, editor. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2010.
18. Penciner R, Woods RA, McEwen J, Lee R, Langhan T, Bandiera G. Core competencies for emergency medicine clerkships: results of a Canadian consensus initiative. *CJEM*. 2013;15(1):24-33.
19. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2011;35(1):86-92.
20. Bollela VR, Machado JL. *Internato baseado em competências*. Belo Horizonte: MedVance; 2010. (Coleção educação para as profissões da saúde).
21. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface*. 2005;9(17):369-79.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 jul. 2011. p. 69.
23. Pazin Filho A, Scarpelini A. Medicina de Emergência na FMRP-USP. Você pode fugir, mas não há como se esconder! *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2010;43(4):432-43.
24. Carret MLV, Fassa ACG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência não Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1069-79.
25. Barbosa GA. *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.

26. Campos MCG, Senger MH. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Rev Soc Bras Clín Méd.* (no prelo).
27. Sindicato dos Médicos de São Paulo. Banco de Empregos Médicos [Internet]. São Paulo: SIMESP; 2013 [acesso em 07 maio 2013]. Disponível em: www.simesp.com.br.
28. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Horsth MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1881-90.
29. Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Cria o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2011. Seção 1, p. 8.*
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Normatiza o funcionamento dos prontos-socorros públicos e privados. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 1995. Seção I, p. 3666.*
31. Dicionário Aurélio OnLine. Curitiba: Positivo; 2013 [acesso em 03 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Emergencia.html>. Emergência.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação Médica das Urgências.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
34. Nishio EA, Franco MTG. *Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Normatiza e estabelece diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.*
36. Brasil. Ministério da Saúde. Sistematização de guidelines e caracterização das respectivas linhas de cuidado. Produto I - Relatório técnico contendo a análise crítica dos guidelines selecionados e a respectiva sistematização proposta. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601 de 07 de julho de 2011. Estabelece as diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção 1, p. 70-2.*
38. Brasil. Ministério da Saúde. Consulta pública nº 17, de 29 de agosto de 2012. Minuta da portaria que institui a Linha de Cuidado ao Trauma. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Seção 1.*

39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.365, de 08 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jul. 2013. Seção 1.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Consulta Pública nº 06, de 20 de setembro de 2011. Minuta da Portaria que institui a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2011.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 dez. 2011. Seção 1.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Consulta pública nº 07 de 03 de novembro de 2011. Institui a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 nov. 2011.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 664 de 12 de abril de 2012. Aprova a Linha de Cuidado do Cuidado ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abr. 2012.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.125, de 17 de dezembro de 2010. Destina recursos financeiros para aquisição de materiais, mobiliário e equipamentos de tecnologia da informática e rede ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Sorocaba (SP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2010. Seção 1.
45. Prefeitura Municipal de Sorocaba. Portal da Cidadania [Internet]. Sorocaba: Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2013 [acesso em 26 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.sorocaba.sp.gov.br/pagina/471/>.
46. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Termo de convênio entre o Conjunto Hospitalar de Sorocaba e a Fundação São Paulo, com a finalidade de estabelecer intercâmbio técnico, científico e pedagógico entre os participantes. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 04 maio 2012.
47. UPH Zona Oeste de Sorocaba realiza 368 atendimentos no primeiro dia. SP Virtual [Internet]. 08 jul. 2008 [acesso em 23 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.spvirtual.net/index.php?page=out&id=77887>.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNESnet). Unidade Pré Hospitalar Zona Oeste de Sorocaba [Internet]. 2013 [acesso em 26 fev. 2013]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3552205883229.
49. Sorocaba. Prefeitura Municipal. Lei nº 6.546, de 01 de abril de 2002. Autoriza a Prefeitura Municipal de Sorocaba a celebrar convênio com a Fundação São Paulo para manutenção e funcionamento do Centro Saúde Escola e dá outras providências [Internet]. 2013 [acesso em 04 fev. 2013]. Disponível em: <http://www3.pucsp.br/fcms/historia>.

50. Lei ordinária de Sorocaba/SP, nº 10.376, de 03 de janeiro de 2013. Autoriza Prefeitura Municipal de Sorocaba a celebrar convênio com a Fundação São Paulo, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, para manutenção do funcionamento do centro de saúde escola e integração da rede municipal de saúde com o ensino ministrado... e dá outras providências. Leis Municipais [Internet]. São Paulo: leismunicipais.com.br; 2013 [acesso em 07 jan. 2013]. Disponível em: <https://www.leismunicipais.com.br/a/sp/s/sorocaba/lei-ordinaria/2013/1037/10376/>.
51. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2007;31(1):52-9.
52. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(1):83-9.
53. Massote AW, Belisario AS, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(4):445-53.
54. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(3):387-400.
55. Sisson MC. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(1):92-103.
56. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(1):143-8.
57. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. Educação: um tesouro a descobrir. 10ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006. p. 89-96.
58. Ringsted C, Hodges B, Scherpbier A. "The research compass": an introduction to research in medical education: AMEE guide no.56. *Med Teacher.* 2011;33:695-709.
59. Buratto MV. Construção e avaliação de um modelo de simulação para analisar a capacidade de pagamento das empresas em financiamentos de longo prazo [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
60. Unidade Pré Hospitalar Zona Oeste de Sorocaba: banco de dados. Sorocaba: Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2013.
61. Martins HS, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT. Emergências clínicas: abordagem prática. 7ª ed. Barueri: Manole; 2012.
62. Higa SEM, Atallah AN. Guia de medicina de urgência. 2ª ed. Barueri: Manole; 2008.
63. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias [Internet]. Brasília: AMB;

- CFM; 2001 [acesso em 04 jan. 2013]. Disponível em:
http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/072.pdf.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de primeiros socorros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
 65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias/guia de bolso. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 66. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.658, de 20 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2002. Seção I, p. 422.
 67. Coates WC. An educator's guide to teaching emergency medicine to medical students. Acad Emerg Med. 2004;11(3):300-6.
 68. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs. The four levels. 3ª ed. San Francisco: Berrett-Koehler; 2008.
 69. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. Medicina (Ribeirão Preto). 2012;45(1):31-8.
 70. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina; Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013. v. 2.
 71. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer nº101660. Ementa: A carência de médicos pediatras no mercado de trabalho tem múltiplas razões que estão bem esclarecidas no texto elaborado pela Sociedade de Pediatria de São Paulo e subscrito pela Câmara Técnica de Pediatria do CREMESP [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2010 [acesso em 29 jan. 2013]. Disponível em:
http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=9461.
 72. Alexandre JWC, Andrade DF, Vasconcelos AP, Araújo MAS, Batista MA. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. 23º Encontro Nacional de Engenharia de Produção [Internet]. Ouro Preto: ABEPRO; 2003 [acesso em 29 jan. 2013]. Disponível em:
http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0201_0741.pdf.
 73. Feitosa-Filho GS, Loureiro CMC, Almeida NR, Mascarenhas VN, Camurugy TC, Magalhães LB. Razões alegadas por médicos recém-formados em Salvador/BA em 2010 para não prestarem o concurso de residência médica. Rev Soc Bras Clín Méd. 2012;10(2):91-4.
 74. Sá MC, Carreteiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Cad Saúde Pública. 2008;24(6):1334-43.

75. Maciel RRAS. Atestados médicos - Atestado de incúria. J Cons Reg Med Estado Minas Gerais [Internet]. jul./ago. 2011 [acesso em 11 nov. 2011]. Disponível em: <http://jornal.crmmg.org.br>.
76. Camargo Neto AC, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. Rev Soc Bras Clín Méd. 2010;8(5):428-33.
77. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;32(2):377-85.
78. Evangelista RA. Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaleia [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
79. Korkes F, Gomes SA, Heilber IP. Diagnóstico e tratamento de litíase ureteral. J Bras Nefrol. 2009;31(1):55-61.
80. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2007;40(3):358-67.
81. Fonseca FR, Vasconcelos CH. Estudo da distribuição de doenças respiratórias no estado de Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Coletiva. 2011;19(4):454-60.
82. Barcellos C, Monteiro AMV, Corvalán C, Gurgel HC, Carvalho MS, Artaxo P, et al. Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2009;18(3):285-304.
83. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.
84. Serbim AK. Redes de apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
88. Millan LPB, Semer B, Rodrigues JMS, Gianini RJ. Traditional learning and problem-based-learning: self-perception of preparedness for internship. Rev Assoc Méd Bras. 2012;58(5):594-9.

89. Wanderley VE, Maia JAM, Vilela RQB. A prescrição medicamentosa ambulatorial no internato: formação e prática. *Rev Bras Educ Méd.* 2010; 34(2):216-26.
90. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes. *Cad ABEM.* 2007;3:6-10.
91. Brasil. Ministério da Saúde. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24horas) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 07 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-de-pronto-atendimento-upas-24horas>.
92. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospital Geral Prado Valadares. Urgência relativa lidera ranking de atendimentos no Hospital Geral Prado Valadares [Internet]. 2012 [acesso em 18 dez. 2012]. Disponível em: http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/noticia_016.2009.
93. Fratini JCG, Saupe R, Massaroli AM. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade da saúde. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2008;7(1):65-72.
94. Hobgood C, Anantharaman V, Bandiera G. International Federation for Emergency Medicine model curriculum for medical student education in emergency medicine. *Int J Emerg Med.* 2010;3(1):1-7.
95. Beckers SK, Timmermann A, Muller MP, Angstwurm M, Walcher F. Undergraduate medical education in emergency medical care: a nationwide survey at German medical schools. *BMC Emerg Med.* 2009;9:7.
96. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Urgência e emergência [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2013 [acesso em 07 jun. 2013]. Disponível em: http://www.crmpr.org.br/lista_ver_noticia.php?id=5851.
97. Gentile P, Bencini R. Construindo competências. Entrevista com Philippe Perrenoud, Universidade de Genebra. *Nova Escola.* 2000;19-31.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciência Médicas e da Saúde
Programa Mestrado Profissional – Educação nas Profissões da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações, assim como a retirada, a qualquer tempo, dessa autorização, sem qualquer tipo de prejuízo, devendo o fato ser comunicado a pesquisadora responsável.

Não haverá qualquer tipo de ônus para o sujeito da pesquisa.

O título do projeto é Avaliação do Internato Médico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba em uma Unidade de Pronto Atendimento, sob a perspectiva dos alunos.

O objetivo deste estudo é avaliar o estágio de Urgências e Emergências Clínicas do 6º ano, realizado na UPH da Zona Oeste, sob a perspectiva dos alunos internos e redesenhar uma proposta de ensino-aprendizagem de urgência e emergência, especificamente para o nível secundário.

O projeto está sendo desenvolvido pela aluna do Mestrado Profissional, Maria Celeste Gonçalves Campos, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Senger.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário semiestruturado. Você poderá recusar-se a responder alguma das questões que julgue constrangedoras ou invasivas. Não será preciso se identificar nesse documento de respostas.

Eu, _____ RG.Nº. _____

Declaro que estou devidamente esclarecido (a) e que concordo de participar voluntariamente.

Sorocaba, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Dados dos pesquisadores:

1- Aluna/pesquisadora: Maria Celeste Gonçalves Campos
Rua Dr. João Domingos de Moura, 206 - Residencial Tívoli Park - Sorocaba - SP.
Fone: (015) 32244047 - (015) 91132665

2- Professora/orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Senger
Rua Dr. Joubert Wey, 290 - Jardim Faculdade - Sorocaba - SP.

APÊNDICE B - Ensino longitudinal de urgências - Doenças respiratórias									
Ano da graduação	Tutorias	Metodologias de Ensino			Habilidades		PAS	Reflexão sobre a prática	
		Sustentações Aplicadas	Sustentações Teóricas	Simulação	Enfermagem	URE			
1º	IVAS	Rx de tórax			História e exame físico do aparelho respiratório				
2º	IVAS Asma/DPOC Pneumonia	Rx de tórax Vídeo : Insuficiência respiratória		Acessórios para oferta de oxigênio, (catéter, máscara e Ambu	História e exame físico Rx de tórax				
3º	IVAS Asma/DPOC Pneumonia	Rx de tórax	Antimicrobiano/ Tratamento da Asma	Intubação Acessórios para oferta de oxigênio.	História e exame físico Rx de tórax Acessórios para oferta de oxigênio		Programas de controle da Asma e DPOC		
4º	IVAS Asma/DPOC Pneumonia Doenças profissionais	Rx de tórax Vídeo : Insuficiência respiratória	Pneumonia DPOC	Intubação Acessórios para oferta de oxigênio. Conhecer as formas e indicações de oxigenação e ventilação	História e exame físico Rx de tórax Acessórios para oferta de oxigênio Prescrição de broncodilatadores, antibióticos e corticóides	Intubação Acessórios para oferta de oxigênio. Conhecer as formas e indicações de oxigenação e ventilação	Programas de controle da Asma e DPOC Programa de combate ao tabagismo Prescrição de broncodilatadores, antibióticos e corticóides	Biótica/meio ambiente e doenças respiratórias Doenças profissionais Acesso aos programas de controle de Asma/DPOC e de combate ao tabagismo Atestados Médicos	

ANEXOS

ANEXO A - DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:
I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e

habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de Planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, de estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com

seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo

Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO B - MINI-CEX (MINI-CLINICAL EVALUATION EXERCISE).

Exercício de Mini Avaliação Clínica - GERAL



ESTUDANTE: _____ DATA: _____
 LOCAL: ENF ☐ AMB ☐ PS ☐ UTI ☐ UBS ☐ AVALIADOR: _____
 Situação do paciente ou seu diagnóstico: _____

Idade do Paciente: _____ Gênero: _____ Caso Novo ☐ Retorno ☐ - Completeness: Baixa ☐ Média ☐ Alta ☐
 Foco: História clínica ☐ Exame físico ☐ Manuseio do paciente ☐ - Resolução de problemas ☐ Relações interpessoais ☐
 1. HISTÓRIA CLÍNICA-ANAMNESE: (não observado) ☐

Estudante apresentou-se ao paciente e deixou-o à vontade									
Deu oportunidade ao paciente de elaborar ou apresentar o seu problema de forma integral									
Utilizou habilidades de comunicação (perguntas, escuta ativa, comunicação verbal e não verbal) efetivamente									
Identificou a percepção do paciente sobre seu estado – idêntica e diagnóstica do paciente, preocupações e expectativas									
Identificou a percepção do paciente sobre seu estado – idêntica e diagnóstica do paciente, preocupações e expectativas									
Identificou o diagnóstico dentro do contexto social, psico-social e físico									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Realizou o exame físico e identificou os sinais clínicos correlatando									
Utilizou instrumentos diagnósticos de forma competente									
Lavou as mãos e utilizou medidas de proteção universais									
Demonstrou sensibilidade às necessidades do paciente									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Alcançou um entendimento compartilhado com o paciente									
Solicitou investigação complementar e interpretou os resultados apropriadamente									
Negociou um plano terapêutico aceitável com o paciente									
Utilizou terapia medicamentosa de forma racional e custo-efetiva									
Incorporou mudança do estilo de vida no plano terapêutico e fez orientações de promoção à saúde									
Orientou claramente como será o seguimento (retornos, referências)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Procurou informação relevante e específica para construção do diagnóstico diferencial									
Gerou hipóteses diagnósticas apropriadas ou identificou o problema									
Procurou por sinais físicos específicos que auxiliem na confirmação ou não da hipótese diagnóstica aventada									
Interpreto e aplico corretamente as informações obtidas do prontuário do paciente									
Aplicou conhecimento básico, comportamental e das ciências clínicas ao problema do paciente									
Reconheceu e respeitou os limites de sua competência pessoal e profissional									
Demonstrou uma abordagem bem organizada para obter e organizar informações									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Mantém relacionamento amigável, mas profissional									
Utilizou-se da empatia para encorajar o paciente a expressar seus sentimentos e impressões									
Apoiou o paciente no processo de aceitação da sua condição clínica									
Demonstrou preocupação de que a atitude do paciente para com o médico afeta a cooperação entre ambos									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Tempo gasto na avaliação: observando: _____ feedback: _____ Comentários: _____
 Estudante: _____ Avaliador: _____

ANEXO C - EDITAL DA FCMS PARA CONTRATAÇÃO DE DOCENTE
(FRAGMENTOS)

EDITAL FCMS Nº 17/2010

O Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP, campus Sorocaba, no uso de suas atribuições,

Faz saber que estarão abertas as inscrições para o Processo Seletivo para preenchimento de vagas, no **Curso de Medicina, com início das atividades previsto para o primeiro semestre de 2011**, de acordo com os seguintes critérios:

ATIVIDADES PEDAGÓGICAS/ASSISTENCIAIS	Nº DE VAGAS	CARGA HORÁRIA
Área: Clínica Médica – Urgência e Emergência	02	TP 30 cada
PRÉ-REQUISITOS		
- Residência Médica credenciada pela CNRM em Clínica Médica; - Portador de ACLS ou equivalente; - Experiência no atendimento de Urgências; - Preferencialmente com Mestrado e/ou Doutorado.		

Art. 12 – Os casos omissos serão decididos primeiramente pela Banca Examinadora designada para o processamento da Seleção, podendo esta recorrer à Direção da Faculdade e à Pró-Reitoria de Graduação, em caso de dúvida.

Sorocaba, 08 de outubro de 2010.

Prof. Dr. José Eduardo Martinez
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
PUC/SP – Campus Sorocaba

ANEXO D – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0115.0.154.000-11	
Projeto de Pesquisa			
Avaliação do Internato Médico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba, em uma Unidade de Pronto Atendimento, sob a de orientação dos alunos			
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Grupo	Fase
Não se aplica			Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF	Pesquisador Responsável	Assinatura	
56312850672	Nara Celeste Gonçalves Campos	<i>Nara Celeste Gonçalves Campos</i>	
Comitê de Ética			
Data de Entrega	Recebimento:	Assinatura	
23/11/2011	<i>23/11/2011</i>	<i>[Assinatura]</i>	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Praça Dr. José Emílio de Moraes, 290
CEP: 13030-095 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-4900
Telefax: (015) 3212-5579
Cabeleleiro: 1570



Hospital Santa Lucinda
Rua Cândido Mariano de Costa, 57
CEP: 13030-210 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3312-4900/3312-9933
Cabeleleiro: 1570
www.aprova.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 09 de março de 2012.

Ilma. Sra.
Maria Celeste Gonçalves Campos
Pesquisador responsável

Ref: **APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em 13.12.11.

Projeto de pesquisa: "Avaliação do Internato Médico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba, em uma Unidade de Pronto Atendimento, sob a perspectiva dos alunos", "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e o parecer do relator.

Prof^o Dr. José Augusto Costa
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP